

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

416

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 Juillet 1883, à 9 heures

PAR MARIE-GUSTAVE-JOSEPH IZOARD

Né à Abriès (Hautes-Alpes), le 24 août 1855.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'

ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

RECHERCHES HISTORIQUES ET CLINIQUES

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { VERNEUIL, professeur.
TERRILLON, OLLIVIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les deux
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

Doyen.....	M. BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLA Y.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
PARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

En séance en date du 9 décembre 1889, l'École a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Gage d'éternelle reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

Témoignage de vive amitié fraternelle.

A MA TANTE

A MES ONCLES

MAURICE ET AUGUSTE MERLE ET AUGUSTE ROME

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR POTAIN

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Necker.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES CORRESPONDANTS DE PARIS

MM. ARNOULT ALBERT ET LE D^r RAMBAUD

Respectueux hommage de ma reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Recherches historiques et cliniques

Ayant eu dernièrement l'occasion d'observer à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Potain, un malade atteint de tuberculose, qui rendit un jour, par l'anus, une certaine quantité de mucus concret, d'apparence pseudo-membraneuse, nous avons voulu nous rendre compte de l'état actuel de la science au sujet de cette dernière affection.

Nous nous sommes tout d'abord adressé aux ouvrages classiques ; malheureusement la plupart d'entre eux ne font qu'effleurer la question. Poussant alors plus loin notre étude, nous avons rencontré, soit dans les auteurs

anciens, soit dans les revues périodiques, un certain nombre d'observations relatives à l'affection qui nous occupe, et ce sont les résultats de nos recherches que nous nous proposons d'exposer dans notre thèse inaugurale.

Nous avons divisé notre travail en quatre parties :

Nous consacrerons un premier chapitre à un aperçu historique aussi succinct et aussi complet que possible ;

Dans le second, nous traiterons de l'anatomie pathologique ;

Dans le troisième, nous exposerons la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement ;

Enfin, un quatrième chapitre sera consacré à l'étude de la pathogénie, et à l'exposé des différentes opinions qui ont été émises à ce sujet.

Avant d'aborder ce travail, nous sommes heureux d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le D^r Gaucher, chef de clinique de la Faculté, qui nous a guidé dans nos recherches et aidé de ses conseils.

Nous devons également tous nos remerciements à nos amis Péringué, Dijoud et Arduin, qui ont bien voulu nous aider dans la confection de ce travail.

Enfin, que M. le professeur Potain, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, reçoive ici l'expression de notre sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Laissée de côté par la plupart des traités classiques, l'entérite muco-membraneuse, bien que ne se montrant pas souvent, est loin d'être aussi rare que quelques auteurs semblent portés à le croire. Si, en effet, nous recherchons dans les anciens ouvrages, nous y trouvons une foule d'observations, peu détaillées, il est vrai, et peu complètes, mais qui indiquent cependant que leurs auteurs connaissaient cette affection ; certains même apportent une certaine précision dans leur description.

C'est ainsi que, sans remonter plus haut, et nous arrêtant aux auteurs du ^{xvii}^e et du ^{xviii}^e siècles, nous rencontrons d'abord une observation de Fernel (1), relative à un ambassadeur de Charles Quint « qui souffrit pendant six ans de coliques atroces, lesquelles ne cédèrent qu'après l'expulsion par l'anus, à la suite d'un lavement irritant, d'un corps dur, creux, long d'un pied, et que le malade croyait être une portion de son intestin. »

Van Swieten (2), cite cette observation. Il cite encore celle d'un autre malade « habituellement constipé, et à l'autopsie duquel on trouva le côlon oblitéré par une

(1) Fernel. *Pathol.*, lib. VI, cap. 9, p. 157, 1638. Trad. par A. D. M. Paris, 1660.

(2) Van Swieten. *Diarrhœa febrilis*, t. II, p. 374. In *Commentaires de Boherave*, 1751.

pituïte concrète qui mettait obstacle au cours des matières. »

Morgagni (1), dans sa trente et unième lettre sur les flux du ventre, dit que ces produits ont été plusieurs fois observés. Il cite plusieurs auteurs qui admettent que c'est dans l'intérieur de l'intestin que ces mucosités se forment aux dépens de l'humeur pituiteuse ou muqueuse qui se concrète, se durcit, s'agglutine à la tunique interne de l'intestin, d'où elle est expulsée à la suite de contractions violentes, tantôt sous forme de rubans, de membranes, ou de manchons simulant une portion d'intestin.

Sennert et Lancisi enseignaient « que certains tœnias des intestins ne sont pas des vers, mais que ces lambeaux de matières tubulées, rendus par les selles, sont constitués par du mucus concret qui prend cette forme dans le tube intestinal.

Zollicoffer pense que l'on devrait aussi rapporter à ces concrétions pituitaires, les matières que Justus de Leipzig rendit par le ventre, s'imaginant que c'étaient ses intestins, puisqu'ils en avaient la forme.

Morgagni cite encore Bontius et Sylvius, d'après lesquels, dans certains cas, ces lambeaux membraneux sont constitués par l'épithélium plus ou moins épaissi, comme le démontrèrent les autopsies, en faisant voir une certaine partie de l'intestin dépouillé de son épithélium.

J. Maurice Hoffmann (2), après avoir attentivement examiné des matières qu'une femme venait de rendre, et que d'autres personnes avaient prises pour la tunique

(1) Morgagni. 31^e lettre sur les flux du ventre.

(2) J.-Maurice Hoffmann. *Dissertatio di Bradypepsia*. Hall, 704.

interne de l'intestin, reconnu que c'était un mucus fort visqueux, qui s'était formé au-dessus des valvules conniventes et condensé sous l'apparence d'une membrane.

Treyling, examinant une femme qui venait de rendre une fausse membrane par l'anus, pense qu'elle était formée de mucus condensé, bien qu'elle eût une grande ressemblance avec la forme de l'intestin côlon et de ses valvules conniventes.

Burows, ayant eu l'occasion d'examiner des fausses membranes, dit qu'elles sont formées principalement de mucus combiné avec de petites portions d'albumine.

Powel (1), en 1820, rattachait d'abord les symptômes de la maladie à la présence de calculs biliaires ; mais à un examen attentif des garde-robes, il trouva des fausses membranes consistantes qui le mirent sur la voie du diagnostic.

Dans son *Study of médecine* (2), Good s'est aussi occupé de la question. Il a donné à l'affection qui nous occupe, le nom de diarrhée tubulaire. D'après lui, elle serait le résultat d'une certaine irritabilité de la membrane vil-
leuse du gros intestin, qui, quelquefois, pourrait aussi être atteint d'un certain degré d'inflammation chronique.

Si, maintenant, nous revenons en France, et que nous cherchions dans les ouvrages contemporains, nous trouvons les renseignements suivants :

En 1835, Christian (3) publie dans les recueils de

(1) Powel. On certain painful affections of the intestinal canal. In Medical transaction of College of Physicians in London, t. VI, p. 106 et 155, 1820.

(2) Good. Study of médecine. Londres, 1825.

(3) Christian. Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire, 1835, t. XXXVII p. 299.

médecine militaire, une observation très intéressante, que nous publions plus loin. Il s'agit d'une dame qui, après avoir été tourmentée pendant cinq ans par un sentiment de malaise, une soif continuelle, des vomissements muqueux, etc., fut prise tout à coup de symptômes de gastro-entérite aiguë, suivie d'une expulsion prodigieuse de lambeaux membraneux, à laquelle succéda une guérison parfaite.

Copland (1) assure que des fausses membranes souvent assez épaisses, recouvrent une grande partie, parfois la totalité de la surface interne de l'intestin, mais que ce n'est que dans l'entérite subaiguë, ou plutôt encore dans l'entérite chronique qu'on les rencontre.

Roche (2) donne une description très incomplète de l'entérite pseudo-membraneuse au point de vue des symptômes. Mais il a le tort de la comparer à l'affection diphthéritique, quand il dit : « Cette maladie semble former avec l'angine couenneuse, un genre d'inflammation particulière, que Bretonneau a désigné sous le nom de diphthérite. » Il connaît mieux l'entérite pseudo-membraneuse chronique. Elle est, dit-il, plus commune chez les femmes, et il en donne une bonne description. Il ne croit pas qu'elle soit produite par des causes spéciales, mais qu'elle est liée à l'idiosyncrasie des individus, ce qui ne nous apprend pas grand'chose, ajoute-t-il, et qui en dépend.

(1) Copland. A Dictionary of pract. med., vol. II, p. 579, 1835.

(2) Roche et Samson. Nouveaux éléments de pathol. méd. chirurg., 4^e édit., 1844, t. I, p. 511.

Billard (1) et Valleix (2), semblent avoir confondu les pseudo-membranes avec le muguet.

Les auteurs du *Compendium* (3), résumant les auteurs précédents, apportent en même temps des exemples empruntés à Cruveilhier, Bretonneau, Guersant, Gendrin, Rillet et Barthéz, font remarquer que les auteurs ne sont nullement d'accord sur les caractères de cette altération; mais il n'en est pas question à propos de la symptomatologie.

En 1841, Gendrin (4), à propos des dyspepsies nidoreuses, parle de concrétions de mucus d'apparence pseudo-membraneuse, qu'on aurait souvent trouvées, dans les cas où l'autopsie avait pu être faite, mélangées aux liquides variés de l'intestin. « Le mucus déposé, dit-il, et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale, acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles, et que l'on rencontre dans les intestins après la mort. Elles sont le plus souvent moulées sur la face de l'intestin, et ont la forme tubuleuse..... Ces concrétions ne présentent jamais la moindre trace d'organisation qui autorise à les comparer, autrement que par l'apparence, aux concrétions pseudo-membraneuses organisables qui se forment sur les séreuses enflammées...

« C'est particulièrement dans les dyspepsies nidoreuses prolongées et chroniques, que les produits altérés de la

(1) Billard. *Traité des maladies des enfants*, 1833, 2^e édition, p. 399.

(2) Valleix. *Clinique des maladies des enfants*, 1838, p. 276.

(3) *Compendium de médecine pratique*, t. V, p. 399, 1837.

(4) Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique*, 1841, t. III, p. 22.

sécrétion muqueuse se montrent sous ces différents aspects. Ils sont l'indice d'une diacrise, puisqu'ils sont nécessairement le produit d'une sécrétion altérée des cryptes nicipares de l'intestin. »

Il cite une observation de Finke, recueillie sur un malade qui rendait tous les jours une grande quantité de matière vitrée, semblable à l'albumine de l'œuf ou à la glu de guy de chêne ; blanche, translucide, élastique, et se coagulant en masses du volume d'œufs de pigeon, et même plus grandes.

Barrier (1), à propos d'une autopsie faite sur un enfant de trois ans, s'exprime ainsi : « Comme lésion directement dépendante de la diacrise folliculeuse gastro-intestinale, nous devons encore noter l'abondance de la couche de mucus étalée sur la membrane, sa viscosité, son épaisseur, qui peut aller jusqu'à un enduit pseudo-membraneux. Quelquefois l'aspect de ce mucus est tel qu'on croirait qu'il a été coagulé par un acide ; il forme des flocons analogues à ceux qui résultent de l'action d'une forte solution d'alun sur le mucus buccal dans certaines stomatites... C'est dans le gros intestin qu'on a le plus souvent l'occasion de constater cet état particulier du mucus. »

Rillet et Barthez (2) citent Heyfelder (3) comme s'étant occupé de l'*enteritis exsudatoria* chez les enfants. Ce dernier auteur, après avoir remarqué avec quelle facilité se forment les fausses membranes chez les enfants,

(1) Barrier. Traité pratique des maladies de l'enfance, t. II, p. 36, 3^e édit., 1862.

(2) Rillet et Barthez. Traité clin. et prat. des mal. des enfants, t. I, p. 676, 1853.

(3) Heyfelder. Enteritis exsudatoria. Studien in Gebiete der Heilwissenschaft, etc., p. 173.

rapporte deux observations d'entérite couenneuse primitive. Il termine par un exposé succinct de l'histoire de la maladie, et reconnaît « que la nature des évacuations peut seule mettre sur la voie du diagnostic. » Après avoir cité cet auteur, ils parlent des fausses membranes couenneuses simples, qu'on trouve chez les enfants, et les ont bien distinguées de la diphthérie. Malheureusement cette distinction n'a pas été faite pour le muguet; ainsi, ils disent, p. 676 : « On a certainement l'aspect du muguet quand la fausse membrane intestinale est déposée sous forme de plaques d'un blanc de lait, lisses, polies et inégales..., surtout dans l'estomac. »

Cruveilhier (1) a eu souvent l'occasion d'observer des pseudo-membranes gélatiniformes, rendues par les selles, après l'ingestion de purgatifs énergiques, de drastiques et de l'écorce de grenadier administrée par des médecins qui prennent pour des débris de tænia les productions muqueuses expulsées par leur malades.

En 1843, Hayn (2) a publié le premier mémoire spécial. Il a observé, principalement chez les femmes hystériques, parfois aussi chez les individus sains, l'expulsion de temps à autre de masses fermes, membrani-formes, gris blanchâtres, en quantité plus ou moins grande. Cette expulsion était toujours précédée de douleurs intestinales et de distensions gazeuses en certains points de l'abdomen. Pour cet auteur, la maladie tiendrait à une irritation inflammatoire chronique de l'intestin.

(1) Cruveilhier. Traité d'anat. path. générale, 1862, t. IV, p. 451.

(2) Hayn. Ueber die Bildung, häutiger Massen in Darmkanal. Hufeland's Journ., 1843, t. II, p. 87.

L'hystérie n'est pas guérie par l'expulsion de ces produits membraneux, mais ses manifestations sont simplement exaltées par leur présence dans l'intestin.

Graves (1) dans ses cliniques, après avoir décrit cette altération de sécrétion, en cherche la cause dans une irritation, de nature indéterminée, de la muqueuse du gros intestin et particulièrement du rectum.

Le 2 avril 1845, M. Pigné (2) présente à la Société anatomique des produits morbides rendus par une femme. Depuis six mois, cette femme rend des matières lamellaires. Les plus longues ont trois pouces de long. L'auteur pense que ce sont là des productions pseudo-membraneuses.

Sir James Simpson, en 1846, considère cette affection comme une inflammation pelliculaire ou éruptive, sans fournir de preuves à l'appui de cette opinion.

Granthans (3) décrit cette affection et l'appelle diarrhée fibrineuse.

En 1854, Broca (4) montre à la Société anatomique un petit fragment de membrane que lui a envoyé un médecin de la ville.

Dans la même famille, une femme et son beau-frère rendent assez souvent par l'anus, et sans troubles intestinaux, des fragments membraneux, blanchâtres, ayant quelquefois 2 ou 3 lignes d'épaisseur. Au microscope, on ne trouve ni glandes, ni villosités, ni quoi que ce soit qui ressemble à un morceau de muqueuse d'intestin. C'est un amas de fibres très épaisses ayant chacune plus

(1) Graves. Clinique méd., 2^e édit., t. II, p. 326, 1863.

(2) Pigné. Bulletin de la Soc. anat., 1845, p. 45.

(3) Broca. Bull. Soc. anat., 1854, p. 60.

(4) Granthans's. Facts in medicine and surgery.

de 0^{mm}01, anastomosées comme les fibres élastiques, et offrant des stries transversales comme cela s'observe dans les productions végétales. Broca se demande même si ce ne sont pas des fausses membranes sur lesquelles se seraient greffées des productions végétales?

En 1857, M. Potain (1) présente à la même Société des lambeaux de matières mucoso-gélatiniformes, expulsées par l'intestin pendant la défécation. Cette substance avait été retrouvée dans les matières fécales d'une jeune fille épileptique, dont nous publions plus loin l'observation.

M. Potain se demande à quoi peut tenir une telle sécrétion, et incline à penser que la forme en lanières qu'affecte le mucus concret peut tenir à ce qu'il se coagule surtout le long des bandelettes longitudinales du gros intestin.

Cette communication donne lieu à une discussion très intéressante.

M. Dufour a vu, chez un de ses malades, une grande quantité de mucus épais et presque concret, être rendu dans les garde-robes, après de grands efforts de défécation, et pendant le cours d'une maladie opiniâtre. Il pense qu'il y a dans celui que présente M. Potain, un degré plus avancé du même état morbide.

M. Barth regarde toutes ces excrétions muqueuses d'apparence insolite, comme le résultat d'une même cause : une sécrétion morbide de la muqueuse avec disposition particulière du mucus sécrété à se concréter plus ou moins rapidement.

Son expulsion sous forme de masses irrégulières est

(1) Potain. Bull. de la Soc. anat., 1857, p. 163.

assez fréquente ; il est moins commun de le voir s'allonger en brides comme dans le cas actuel, plus rare encore de le voir revêtir la forme de cylindres. Cependant, il a pu voir une dame rendre dans les garde-robes un cylindre de 3 cent. de longueur, qui n'était évidemment formé que de mucus concrété.

M. Axenfeld a aussi vu des espèces de cordons blanchâtres, gélatiniformes, d'une longueur de plusieurs mètres, et qu'il a considérés comme formés par du mucus concrété, être rendus par l'anus à la suite d'une constipation opiniâtre.

C'était chez une dame de 50 ans, au teint cachectique, ayant dans sa famille des antécédents cancéreux, et présentant elle-même, non pas une tumeur limitée, mais un empâtement douloureux et mal circonscrit de la partie droite de l'abdomen, qui pouvait permettre de soupçonner un cancer de cette région.

M. Blondeau lit, à la même séance, une observation que nous reproduisons, et qui, bien que peu concluante, n'offre pas moins un certain intérêt.

M. Potain résume ainsi la discussion : « Quoique l'histoire de ces productions mucoso-gélatineuses soit encore très incomplète, on peut déjà les diviser en deux classes :

« 1^o Les unes seraient formées de mucus concret ;

« 2^o Les autres seraient l'exsudat d'une sécrétion toute particulière, se formant dans l'intestin, se détachant à une certaine époque de leur évolution.

« Elles seraient l'expression d'une maladie spéciale, encore incomplètement connue.

« Dans les deux variétés, ce sont des produits de sécrétion, et, à ce titre, ils diffèrent essentiellement, et doivent être séparés d'avec les débris membrano-mu-

queux, d'avec les pseudo-membranes et autres productions organiques qui peuvent être expulsées de l'intestin. »

En Angleterre, la même année, Jonathan Hutchinson cite le cas d'une dame qui expulsa par l'anus, des fausses membranes en forme de cylindres.

Lionel Beale (1) considère les fausses membranes comme formées d'un mucus ferme, avec quelques cellules épithéliales du gros intestin, et un grand nombre de corpuscules. ■

Trousseau (2), dans ses leçons sur les dyspepsies, s'exprime ainsi : « Dans beaucoup de circonstances, les douleurs coliques sont prises pour des douleurs stomacales, et il faut dire que, peut-être dans la moitié des cas, surtout chez les vieillards, cette douleur siège dans le côlon...

« En poursuivant votre examen, vous découvrirez que ces malades sont sujets à une constipation opiniâtre, suivie, dans quelques circonstances, de diarrhée accompagnée d'une excrétion plus ou moins abondante de mucus épais, qui, parfois, se présente lorsque les évacuations alvines se sont fait attendre, sous forme de bandes ressemblant à du macaroni, et qui recouvrent ces matières. Ces excréments muqueux sont souvent prises pour des fragments de ver solitaire, et il n'est pas de praticien qui n'ait été consulté par des individus affectés de prétendus ténias, dont ils vous apportent les fragments. »

(1) Lionel Beale. *Microscope of medicine*.

(2) Trousseau. *Lçons sur les dyspepsies*. Union médicale du 27 juin 1857, p. 314.

En 1861, M. Laboulbène (1), dans son ouvrage sur les affections pseudo-membraneuses, divise les concrétions muqueuses que l'on retrouve dans les selles en deux classes : Les premières, qu'il appelle pseudo-membranes simples non diphthéritiques, ou concrétions couenneuses. Il n'admet pas l'identité des fausses membranes intestinales avec les produits analogues de la diphthérie et du muguet, et en donne une description anatomique complète.

Après avoir rappelé que Villermé (2) en a vu rendre une grande quantité sous forme de petites lamelles, à la suite de la colique de Madrid ; que Andral (3) a vu, une fois, la surface interne du rectum, et, une fois, celle d'une partie du côlon tapissée par une couche demi-concrète, semblable à de la crème épaisse, sans aucune forme d'organisation, et qui indiquerait selon lui la transition des productions couenneuses aux concrétions gélatiniformes qui constituent sa deuxième classe ; il combat la dénomination de croup intestinal, que Clemens (4) venait de donner à l'entérite pseudo-membraneuse des enfants, n'accompagnant pas une affection des voies respiratoires.

« M. Clemens, dit-il, a donné une fausse signification au mot croup, non seulement en l'appliquant à des fausses membranes, mais encore en l'appliquant à des fausses membranes non diphthéritiques. » Il parle dans

(1) Laboulbène. Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, 1861, p. 99 et p. 145 et 146.

(2) Villermé. Dict. des sciences médicales, t. XXXII, p. 261, 1819.

(3) Andral. Précis d'anat. pathol., t. II, p. 161.

(4) Clemens. Journal für Kinderkrankheiten, seft. 1 et 2, 1860, et Gaz. hebdom., p. 247, t. VII.

un chapitre spécial des mucosités intestinales, colloïdes et des concrétions gélatiniformes, qui sont exclusivement composées de mucus plus ou moins concret, et qui constituent sa deuxième classe.

Grisolle (1), dans sa pathologie, parle incidemment des concrétions albumino-fibrineuses qui peuvent être expulsées par l'intestin. Il parle d'une personne de sa famille, chez laquelle il croyait à l'existence d'une entéralgie, après avoir d'abord songé à une lésion organique, et qui, après chaque crise douloureuse, expulsait une quantité assez abondante d'une matière blanche ou jaunâtre, ressemblant quelquefois, pour la forme et la couleur, à du gros vermicelle. Cette sécrétion anormale a eu lieu un grand nombre de fois; elle a cessé pendant les dix dernières années de la vie, quoique la personne, qui fut enlevée par le choléra, ait continué à avoir, de temps en temps, des accès d'entéralgie.

En 1863, parurent dans le *Bulletin médical du Nord*, deux observations de M. Wannebroucq (2), que nous regrettons de ne pas avoir pu nous procurer.

En 1863, M. Worms (3) met sous les yeux de la Société anatomique « des plaques épithéliales de l'intestin, provenant d'une malade d'un âge assez avancé, atteinte, à la suite d'une douleur soudaine au creux épigastrique, d'une fièvre continue intense et de diarrhée. Ces plaques furent expulsées par l'anus, et la malade est actuellement en voie de guérison. Leur examen, fait à l'aide du microscope, a démontré l'existence de larges cellules,

(1) Grisolle. Pathol. méd., t. II, p. 727, 8^e édit., 1862.

(2) Wannebroucq. Note sur l'entérite pseudo-membraneuse. Journal de médecine du Nord, 1863.

(3) Worms, Bull. de la Soc. anat., mars 1863, p. 117.

les unes pourvues de noyaux, les autres cylindro-coniques, ainsi que d'éléments globuleux en quantité assez grande. Les éléments du tissu fibreux et connectif n'y ont point été rencontrés. »

En 1864, M. le Dr Perroud (1), médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, fait paraître dans le journal de médecine de cette ville, un mémoire très intéressant et très bien fait, qui apporte les notions les plus complètes sur cette question. Dans ce mémoire, basé sur six observations inédites, l'auteur expose très complètement les caractères physiques de ces concrétions à l'œil nu et au microscope. Il y apporte un véritable « luxe » de recherches chimiques, et arrive enfin à ces conclusions : « que les concrétions membraniformes sont rendues avec une petite quantité d'albumine, et qu'elles sont formées de la même substance que celle qui entre dans la composition de l'épiderme. Il rappelle que Vauquelin avait pensé que l'épiderme est du mucus concret, etc. Comme cause déterminante, il fait intervenir l'influence nerveuse.

Vers la même époque, en Angleterre, Williams (2) publie, en novembre 1864, un excellent travail sur cette affection, à laquelle il donne le nom de croup intestinal chronique des intestins. Il croit, comme Simpson, à une inflammation pelliculaire de la muqueuse, et insiste sur le traitement arsénical.

En 1867, au mois de janvier, M. Langlet (3), alors interne provisoire à l'hôpital de Bicêtre, présente à la So-

(1) Perroud. Note sur les concrétions membraniformes des intestins. Journal de médecine de Lyon, 1864, p. 166.

(2) Williams. Chronic croup of the intestine. Dublin quart. Journ., nov. 1864.

(3) Langlet. Bull. Soc. anat., janvier 1867, p. 14.

ciété anatomique, des pseudo-membranes rendues par une femme d'un certain âge, et qui avaient été prises pendant plusieurs années pour le *tænia*.

L'année suivante, au mois de février, M. Laborde (1) présente à la même Société, des détritits muqueux qu'il considère comme une sorte de desquamation épithéliale et muqueuse, rendus par une de ses clientes âgée de 40 ans. A cette occasion une discussion s'engage.

M. Ledentu fait remarquer que ces concrétions se présentent sous deux formes : les unes sont allongées, étroites, rubanées; les autres sont plus larges, membraneuses. Ces dernières présentent des replis analogues aux valvules conniventes.

M. Duguet dit que ces productions intestinales s'observent quelquefois chez les enfants. C'est même un des caractères de l'entérite pseudo-membraneuse. Il rappelle l'observation de M. Langlet, et ajoute qu'il serait facile de reconnaître, au microscope, les vers intestinaux, par la présence de leurs œufs.

M. Labbé rappelle la présentation de M. Potain et l'observation de M. Blondeau, qui lui paraît peu concluante. « Pour ma part, dit-il, j'ai rencontré ces productions chez des femmes hystériques et nerveuses. Après plusieurs jours d'une constipation opiniâtre, une débâcle survenait, et, en même temps que les matières fécales, les malades rendaient des masses muqueuses qui se déroulaient dans l'eau sous forme de longues bandes ressemblant grossièrement à des *ténias*. J'ai vu le fait aussi chez les enfants. Je crois que la constipation est le point de départ de ces concrétions muqueuses. »

Le 28 février de la même année, M. Jules Guyot (2)

(1) Laborde. Bull. Soc. anat., février 1868, p. 135.

(2) Jules Guyot. Bull. Soc. méd. hôp., 1868, p. 51.

lit à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un malade qui, après avoir présenté des symptômes paraissant devoir être rapportés à un étranglement interne, a guéri, après l'expulsion par l'anus d'une grande quantité de mucosités intestinales. Il ne croit pas qu'il y ait eu étranglement interne, et il ne pense pas non plus que ces mucosités aient formé un obstacle mécanique, puisque, le 8, il y a eu une selle abondante. Il suppose néanmoins qu'il a observé des phénomènes d'étranglement provoqués par une sécrétion vicieuse de l'intestin, et que le rejet de ces mucosités a jugé la maladie, en enlevant la cause des accidents. Il ne saurait admettre qu'il y ait eu une simple coïncidence.

Gubler, dans la discussion qui s'engage, dit que les faits d'expulsion de mucosités intestinales ne sont pas rares, surtout chez les vieillards. Il a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. Parfois il était difficile d'établir des caractères distinctifs entre ces mucosités et des hydatides. L'aspect feuilleté permet de reconnaître les hydatides.

M. Potain rappelle sa communication de 1857, et dit : « Le mode de formation de ces longues lanières, toutes semblables d'aspect, ne pouvait guère se concevoir, à moins de le rattacher à quelque disposition anatomique particulière. » Il entre ensuite dans quelques considérations pathogéniques sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

M. Bourdon a donné ses soins à une femme, affectée d'une tumeur du bassin qui comprimait le rectum, en même temps qu'elle l'irritait de telle sorte, qu'elle provoquait l'excrétion par l'anus, de mucosités filiformes qui ressemblaient grossièrement à des fragments de *tænia*. Cette femme s'est crue, pendant longtemps, affec-

tée du ver solitaire, et M. Bourdon a eu beaucoup de de peine à l'en dissuader.

L'observation de M. Jules Guyot, publiée dans l'*Union médicale*, valut à ce journal une excellente note de M. Merlan de Chaillé (1), 18 juin 1868. Il a observé un grand nombre de cas d'entérite pseudo-membraneuse, à l'état aigu et à l'état chronique; il en fait ressortir les accidents souvent sérieux et qui peuvent, dans bon nombre de cas, rendre le diagnostic difficile. Il est regrettable que cet auteur n'ait pas publié ses observations, déjà nombreuses, puisque, depuis 1863, il en a observé trente exemples. Il conclut, en disant « que ces concrétions sont toujours l'expression d'un état grave, modifiant profondément l'économie, et qu'il est plus aisé de se rendre compte de leur grande abondance, que de donner l'explication des accidents rapides et graves auxquelles elles ont donné lieu. »

Le 11 décembre de la même année, M. Siredey (2) donne, à la Société médicale des hôpitaux, lecture d'une longue observation que nous résumerons, et la fait suivre d'un mémoire qui fait autorité. L'auteur, après un aperçu historique qui nous a été très utile dans la confection de ce travail, s'attache surtout à rechercher la pathogénie de cette affection; il donne ensuite des indications précieuses au sujet du pronostic et du traitement.

(1) Merlan de Chaillé. Note pour servir à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. *Union médicale* du 18 juin 1868, t. I, p. 909.

(2) Siredey. Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 11 déc. 1868, p. 66.

En mars 1869, M. de Courval (2) cite une observation dans laquelle il cherche surtout à faire ressortir l'influence du chlorate de potasse, qui, pris durant cinq à six jours de suite, à cinq reprises différentes en deux mois, à la dose de 5 grammes, amena la guérison de sa malade.

Dans le courant de la même année, M. Le Bret (2) publie, dans les *Annales de dermatologie*, deux observations des plus intéressantes, concernant deux personnes douées d'une impressionnabilité nerveuse excessive, et chez lesquelles il croit devoir, à l'exemple de Simpson et de Willams, rattacher à l'herpétisme l'hypersécrétion du mucus intestinal. Toutes deux ont, du reste, été guéries par l'usage des eaux de Barèges.

A la même époque, Björnström (3) a vu rendre à un malade, pendant un mois et demi, de longues masses rubanées, tenaces, d'un blanc jaunâtre, sans trouble de la santé. Le fragment le plus long mesurait une aune ; c'étaient des membranes minces (1/2 millim. d'épaisseur), plus ou moins transparentes. Au microscope, ce sont des membranes sans structure, renfermant des granulations élémentaires fixes et réfringentes. Elles présentaient à leur surface des noyaux sphériques, des fragments de cellules brillantes, et quelques globules graisseux.

En 1869, Klebs (4) dit que, consécutivement à des lé-

(1) De Courval. *Union méd.*, 30 mars 1869, n° 37, p. 481.

(2) Le Bret. *Ann. de dermatologie*, 1869, t. I, p. 204.

(3) Björnström. D'un infarctus intestinal extraordinaire. *Anal. in Canstatt's Jahresb.*, Bd. II, p. 133, 1869.

(4) Klebs. *Hand. der patholog. anatom.*, 2^e livraison, 1869, p. 241.

sions valvulaires du cœur, il se produit une hyperhémie par stagnation de la muqueuse intestinale, qui peut se recouvrir d'une couche de mucus concret.

En 1871, au mois de février, Whitehead (1) en donne une description très détaillée et très complète, et distingue trois formes de déjections intestinales :

1° Masses de mucus concret, ressemblant à de la gelée, distinctement membraneuses, et ne renfermant que des traces d'albumine;

2° Tubes cylindriques et lambeaux membraneux, de forme variée, provenant de tubes brisés, renfermant beaucoup d'albumine, mais point de fibrine;

3° Lambeaux d'exsudat membraneux, mêlés à du sang et à du pus, contenant de l'albumine et beaucoup de fibrine. Cette dernière forme se rapporterait à la véritable exsudation inflammatoire.

Au mois d'octobre de la même année, le professeur Costa (2) de Philadelphie, écrit sur l'entérite pseudo-membraneuse, un article des plus intéressants. L'auteur étudie plus spécialement les caractères physiques et chimiques de ces fausses membranes, qui sont formées d'une substance fondamentale amorphe, transparente, paraissant par-ci par-là, indistinctement fibrillaires. On y voit des granulations, des noyaux libres, des cellules ratatinées, irrégulières. L'épithélium bien formé y est rare; on n'y rencontre point de tissu fibreux ni élastique. Par addition d'acide acétique, il se forme des filaments de mucine.

(1) Whitehead. Mucous diseases. Brit. med. Journal, Febr. 11 et 18, 1871.

(2) Da Costa. Enteritis membranous. In the Americ. Journ. of med. sc., oct. 1871.

Izoard.

Au mois de juillet 1873, M. Van Valzah (1) publie une observation détaillée d'entérite pseudo-membraneuse, qui a une grande valeur au point de vue de l'étude du mode de production des fausses membranes intestinales.

Le 20 mars 1874, M. Maurice Raynaud (2) présenta à la Société anatomique des fragments de fausses membranes qui avaient été rendus par une femme de 60 ans, atteinte d'affection cardiaque, sans que cette femme à ce moment ressentit des coliques. L'un de ces fragments avait la forme d'un cylindre creux. (Voir Obs. n° VII.)

M. Raynaud admet que la couche de mucus se détachant, s'est enroulée sous l'influence de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques.

M. Debove, ayant examiné ces fragments, dit qu'ils ne lui ont pas paru formés entièrement par du mucus. Il émet l'hypothèse suivante : le mucus tapisse tout l'intestin et forme ainsi un tube; puis ce tube se détache, et, se rétractant progressivement, arrive à présenter ce petit calibre.

Il semble bien difficile à M. Raynaud que la rétraction puisse être aussi prononcée.

M. Carville dit qu'il a souvent eu l'occasion, dans des expériences sur les animaux, d'observer les mouvements péristaltiques; mais il n'a jamais observé de mouvements de l'intestin qui puissent produire les mouvements de rotation dont parle M. Raynaud.

Dans le courant de la même année, au Congrès de

(1) Van Valzah. Entérit. membr. In The Americ. Journ. of medic. sc., juillet 1873.

(2) Maurice Raynaud. Bull. Soc. anatomique, 20 mars 1874, p. 250.

Lille tenu par la Société pour l'avancement des sciences, M. le professeur Wannebroucq (1) lit un mémoire des plus remarquables. Il considère les pseudo-membranes comme formées par suite d'une irritation du tissu interstitiel. Aussi propose-t-il, à tort, croyons-nous, de donner à l'entérite pseudo-membraneuse le nom d'entérite interstitielle, par opposition à l'entérite catarrhale superficielle. Bien plus, pour bien accentuer cette distinction, il considère la typhlite, la colite et la dysenterie sporadique comme des sous-variétés de l'entérite interstitielle.

En 1875, le Dr Findley (2), de Pensylvanie, publia trois observations, dont deux très intéressantes. Il a vu, en effet, la dysménorrhée membraneuse venir compliquer l'entérite dont nous nous occupons.

Dans le courant de la même année, se soutinrent, à la Faculté de Paris, deux thèses très bien faites, l'une de M. Gourdon (3), auquel nous avons emprunté de nombreux renseignements bibliographiques; l'autre, de M. Poignard (4), écrite sous l'inspiration de M. Lereboullet.

Peu de temps après, M. Lereboullet (5) fit paraître dans la *Gazette hebdomadaire* un excellent mémoire, dans lequel il fait une étude très complète de l'affection

(1) Wannebroucq. Congrès de Lille, 1874, p. 694.

(2) Findley. Enteritis membranous. Americ. Journ. of med. sc., janvier 1875.

(3) Gourdon. Thèse de Paris, 1875. De l'entérite pseudo-membraneuse.

(4) Poignard. Thèse de Paris, 1875. Des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin.

(5) Lereboullet. De quelques accidents dus à la constipation. *Gazette hebdom.* de 1875, nos 32 et 33.

qui nous occupe. Il s'est spécialement attaché à l'étude de la pathogénie et de l'anatomie pathologique.

Trois ans plus tard, en 1879, M. Huchard (1) fit à la Société clinique une communication intéressante, qu'il publia dans la *France médicale*, à propos d'une femme dont nous donnons l'observation, qui rendit un jour, sans douleur, une masse assez considérable de petits cordons blancs qui furent d'abord pris pour des fragments de tænia.

Enfin, dans son remarquable *Traité des dyspepsies gastro-intestinales*, M. le professeur Sée (2) a consacré, à propos des fausses dyspepsies, tout un chapitre à l'étude de cette affection qu'il désigne par les noms d'atonie intestinale avec sécrétion mucilagineuse concrescible, entérite muco-membraneuse. C'est cette dernière dénomination que nous adopterons, parce qu'elle nous semble mieux répondre à la nature des produits d'exsécrétion intestinale qui nous occupent.

Ici s'arrêtent nos documents. Nous ne saurions mieux faire, avant de terminer ce long historique, et d'aborder le chapitre de l'anatomie pathologique, de citer la première phrase que l'éminent professeur consacre à cette affection, et qui sera notre définition. « Un type très fréquent de fausse dyspepsie est constituée par la maladie décrite sous le nom impropre d'entérite membraneuse, et qui n'est autre qu'une sécrétion mucilagineuse, concrescible, résultant d'une constipation atonique; c'est une atonie intestinale, avec arrêt de matières

(1) Note sur un cas de concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. *France médicale*, 1879, p. 34.

(2) Germain Sée. *Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1881, p. 225.

irritantes qui produisent la sécrétion et l'excrétion de produits mucilagineux, consistants, soit membrani-formes, soit fragmentés, soit simplement muco-gélati-niformes, avec ou sans traces d'albumine fibrine. Ces trois états sécrétoires s'enchaînent et alternent, mais leur corrélation a été si bien méconnue, qu'on n'a décrit que la forme macroscopique, c'est-à-dire les membra-nes, négligeant l'entérorrhée mucilagineuse simple, qui est exactement de même nature, de même genre. »

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce chapitre sera nécessairement bref et incomplet, d'autant plus qu'il est très rare d'avoir à pratiquer l'autop-sie des malades qui sont atteints de l'affection qui nous oc-cupe. De plus, quand un malade succombe à une affection organique, c'est sur elle que l'attention se concentre, et, presque toujours, de même que la maladie intestinale a passé inaperçue pendant la vie, on néglige de rechercher les lésions après la mort.

Nous n'aurons, par conséquent, que fort peu de choses à dire de l'état de la muqueuse qui ne présente que bien rarement des altérations graves. Cependant quelques au-teurs pensent qu'il y a des altérations profondes. Ainsi,

pour M. Wannebroucq (1), ce serait une antérite interstitielle, pouvant aller jusqu'à l'ulcération ; Simpson (2), Williams (3), Le Bret (4), en font une inflammation chronique due à une éruption qui se développerait sur la muqueuse intestinale, de préférence vers la fin de l'intestin grêle, et qui serait semblable aux granulations que l'on rencontre quelquefois sur le pharynx, aux ulcérations aphtheuses des gencives, etc.

M. Laboulbène (5), dans son ouvrage sur les pseudo-membranes, dit à propos de l'entérite couenneuse, « que la muqueuse est fortement enflammée sous la fausse membrane, et au delà de ses bords dans une grande étendue. »

Quoi qu'il en soit, nous dirons avec le professeur Cornil (6) « qu'il est rare que ce catarrhe simple s'accompagne d'ulcérations, mêmes superficielles. »

Nous nous attacherons donc tout spécialement à l'étude de muco-membranes qui forment le caractère pathognomonique de l'affection que nous étudions. Pour plus de clarté dans l'exposition, nous diviserons leur étude en trois parties.

1^o Caractères macroscopiques ; 2^o caractères microscopiques ; 3^o l'action des réactifs chimiques.

A. Caractères macroscopiques. — Ces concrétions membraneuses, lorsqu'elles sont réunies en masse dans le même vase, se présentent sous forme d'une gelée colloïde

(1) Wannebroucq, *loc. cit.* Congrès de Lille, 1874, p. 694.

(2) Simpson, *loc. cit.*

(3) Williams, *loc. cit.*

(4) Le Bret, *loc. cit.* Ann. de dermatol., 1869

(5) Laboulbène, *loc. cit.*, p. 101.

(6) Cornil et Ranvier.

blanchâtre, ayant quelque analogie avec de la colle de peau (Perroud) ; elles sont pelotonnées en boule, de la grosseur d'une noisette, d'une noix flottant à la surface de l'urine. Mais, si on verse un peu d'eau sur ces produits, en ayant soin d'agiter avec une baguette, on les voit se séparer des produits excrémentitiels, se développer, et flotter dans le liquide, comme une gaz légère, nacrée et pellucide, selon leur épaisseur (Merland de Chaillé); on peut alors se convaincre qu'elles sont de formes variées.

Forme. — Si, en effet, nous parcourons les diverses observations qui servent de base à ce travail, nous y trouvons des variétés de formes nombreuses, que nous ramènerons, à l'exemple de M. le professeur Sée (1), à quatre types.

1° *Type membraneux*, le plus nettement accusé. Il se compose, soit de filaments allongés, soit de cylindres, creux ou pleins, de tubes ou de rubans plats, ou de longues lanières.

A. *Filaments.* — Les filaments présentent le volume et l'aspect d'un oxyure.

B. *Cylindres.* — Ils peuvent atteindre jusqu'aux dimensions des vers ascarides, avec lesquels on est parfois tenté de les confondre, d'autant plus que les vers, comme les cylindres membraneux, sont souvent enroulés en masse, comme pelotonnés.

C. *Tubes cylindroïdes.* — Les tubes cylindroïdes sont encore plus volumineux, et ressemblent aux pâtes d'Ita-

(1) Germain Sée, *loc. cit.*, p. 227.

lie, roulées sur elles-mêmes. Dans d'autres circonstances enfin, les produits sont étalés sous forme de rubans plats, assez épais, mais peu allongés, de telle manière que leurs fragments rappellent les anneaux isolés du tænia.

2° *Type amorphe*. — Dans un grand nombre de cas, il n'existe que des parties amorphes, qui sont surajoutées aux matières fécales, sous forme de fragments concrets assez analogues aux morceaux de blanc d'œuf coagulé. Il est rare que les malades annoncent ce genre d'excrétions, à moins qu'on ne fixe leur attention sur ce point.

3° *Type mucilagino-gélatineux*. — Ce dernier type qui passe encore plus facilement inaperçu, consiste dans l'expulsion d'une sécrétion mucilagineuse qui recouvre ordinairement les matières fécales sous forme de glaires, ou de substance mousseuse.

4° *Types mixtes*. — Entre ces divers types, il n'y a que des différences de degrés et de consistance, depuis la sécrétion de la mucine, jusqu'à ces concrétions membrani-formes plates ou ces tubes cylindriques.

Dimensions. — Leurs dimensions sont également fort variables. C'est ainsi que nous voyons la malade de Christian (1) rendre, à trois reprises différentes, des lambeaux de un à plusieurs pouces de longueur et d'une à deux lignes d'épaisseur; il en est un entre autres qui mesure 5 pouces carrés de surface et 2 lignes d'épaisseur. Les concrétions présentées à la Société anatomique

(1) Voir observ. XV.

par M. Potain (1), avaient la forme de bandelettes de 30 à 40 centimètres de long ;

Celles que présenta M. Langlet (2), mesuraient 2 à 3 pieds de longueur ; leur largeur variait entre 8 et 9 millimètres et leur épaisseur, de 1 à 3 millimètres.

M. Pigné, M. Laborde (3) présentent également des lambeaux longs, les premiers de 3 pouces de long, les derniers de 0,75 centimètres à 1 mètre de longueur.

Celui de M. Raynaud (4), mesurait 1 mètre. Il avait la forme d'un cylindre dont le diamètre extérieur est à peu près de 0,01 centimètre et l'intérieur de 5 millimètres environ. M. Wannebroucq (5) a présenté à la Société médicale de Lille des bandelettes résistantes, longues de 1 mètre 20, etc.

Ces concrétions peuvent, comme on le voit, offrir des dimensions variant de quelques centimètres à un mètre et plus.

Quantité. — La quantité des membranes évacuées en une fois est aussi très variable suivant les individus. Ainsi, M. Lereboullet (6) cite un cas qu'il a observé, et dans lequel les matières alvines remplissaient plus du tiers d'un vase ordinaire et n'étaient constituées que par de larges membranes blanchâtres, pelotonnées sur elles-mêmes et nageant dans un liquide sanguinolent.

Dans l'observation de M. Bories (7) elles remplissaient un flacon de 120 grammes.

(1) Voir observ. XVI.

(2) Voir observ. IV.

(3) Voir observ. VI.

(4) Voir observ. VII.

(5) Wannebroucq. Bull. médic. du Nord, 1863.

(6) Lereboullet, *loc. cit.* Gazette hebdom., 1875.

(7) Voir observ. VIII.

Izoard.

D'autres fois, au contraire, on n'a trouvé, mélangés aux selles, ou expulsés avec les matières fécales, qu'un petit nombre de filaments gris rougeâtres ou de débris informes ressemblant assez aux pellicules membraneuses que contiennent si souvent les selles dysentériques.

Couleur. — Leur couleur est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, et souvent elles sont entourées et comme en-glues par un mucus épais. Elles peuvent offrir des stries ou des taches sanguinolentes, qui ne sont en aucune manière le résultat de vaisseaux développés dans leur intérieur. Des deux faces de ces muco-membranes, l'une est ordinairement villeuse ou tomenteuse (c'est la partie adhérente), tandis que l'autre est unie. Celle-ci correspond à la partie libre et non adhérente du dépôt muco-membraneux (Laboulbène). La face externe adhérente présente parfois de petites dépressions correspondant à la saillie des cryptes mucipares (Gendrin).

Leur consistance est variable. Les unes sont assez cohérentes, assez difficiles à dissocier; d'autres, au contraire, et ce sont celles que l'on observe le plus souvent, se déchirent avec la plus grande facilité, surtout quand elles ne sont pas très pénétrées de matière muqueuse ou gélatiniforme (Laboulbène).

Siège. — Quand ces concrétions occupent l'intestin grêle, elles en occupent la partie inférieure, et elles se présentent alors sous forme de grenue, et presque jamais en lames étendues et résistantes. Le cœcum n'offre que très rarement des muco-membranes, tandis que le côlon et le rectum en sont bien plus souvent recouverts.

B. *Examen microscopique.* — L'examen microscopique

des muco-membranes qui tapissent l'intestin vient assez souvent éclairer le diagnostic. Dans l'immense majorité des cas, elles ne renferment que des cellules épithéliales et du mucus concret. Voici, en effet, la description qu'en donne M. Robin (1). « Certaines conditions physiologiques amènent quelquefois le mucus à présenter l'état demi solide, ce qui le fait appeler *mucus concret*. Cet état de demi-solidité de la muqueuse survient durant certains troubles de la circulation des muqueuses, et ces troubles entraînent une modification de l'élaboration produite par les épithéliums, modification telle, que la substance organique de ces humeurs, au lieu d'être versée à l'état fluide demi transparent à la surface de la membrane, est sécrétée immédiatement à l'état demi solide, au point de produire une véritable membrane, une couche membraneuse non organisée, couche qui est grisâtre, blanchâtre, ou au moins opaline.

« Ces filaments sont composés d'une masse homogène, striée, qui devient encore plus striée par l'action de l'acide acétique. Ainsi, loin de passer à l'état homogène, comme la fibrine, sous l'influence de ce réactif, elle prend au contraire un aspect strié plus caractéristique encore.

Cette substance est demi-transparente, elle réfléchit la lumière en gris, lorsqu'elle est arrivée à l'état solide, par suite des troubles de sécrétion dont j'ai parlé plus haut. Cette opacité est due aussi à ce qu'il y a dans cette substance une certaine quantité de cellules d'épithélium prismatique, presque toujours mal développées, c'est-à-dire n'ayant pas une forme prismatique bien nette; elles sont même souvent ovoïdes et mélangées d'épithéliums

(1) Robin. Mucus concret de l'intestin. In Traité des humeurs, 1874, p. 555.

nucléaires libres et de leucocytes en plus ou moins grande quantité. Ce mucus englobe aussi des granulations graisseuses, soit isolées, soit en séries, et enfin des fragments de matières fécales, surtout des corpuscules de la matière colorante de la bile, devenue solide, et qui sont plongés dans cette substance demi concrète.

Il n'est pas rare également d'y voir, chez certains sujets, des hématies.

Une particularité importante à signaler, c'est que les épithéliums forment parfois des trainées assez longues, cylindriques, qui ont été prises pour des glandes de l'intestin par des personnes qui, certainement, n'avaient pas encore vu ses follicules, ou qui étaient persuadées que ces lambeaux venaient de la muqueuse intestinale mortifiée et expulsée. Il est très facile de voir, en comparant l'aspect de ces cylindres d'épithélium aux glandes mêmes de l'intestin, que la disposition de celles-ci ne se rapproche en rien de celles des trainées de cellules épithéliales, « qui se sont agglomérées en amas cylindriques, sous l'influence des contractions péristaltiques de l'intestin. Elles n'ont pas non plus la forme des gaines épithéliales qui tapissent les villosités de l'intestin grêle ».

M. Perroud (1), dans son mémoire sur les concrétions membraniformes, dit qu'il les a trouvées constituées par :

1° Une grande quantité de matière amorphe, hyaline, transparente, demi concrète, constituant le mucus proprement dit ;

2° Des cellules épithéliales cylindriques en grand nombre et des débris de cellules :

(1) Perroud, *loc. cit.* Journal de médecine de Lyon, p. 166.

- 3° Des noyaux épithéliaux ;
- 4° Des leucocytes ;
- 5° Quelques cristaux plus ou moins volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien.

M. Perroud s'est en même temps livré à une série de recherches au point de vue de l'action des réactifs chimiques sur les concrétions muqueuses qu'il a examinées, et ce sont les résultats qu'il a obtenus que nous allons essayer de résumer dans la troisième partie de ce chapitre.

C. ACTION DES RÉACTIFS. — *a.* 1° Une solution de potasse caustique à 1/10^e dissout complètement ces concrétions, même à froid ;

2° L'ammoniaque liquide les désagrège, mais sans les dissoudre complètement ;

3° L'acide acétique ne les dissout pas, même après une ébullition de quelques minutes ;

4° L'acide azotique ne les dissout pas à froid, même après vingt-quatre heures de digestion. La solution se produit sous l'influence de l'ébullition, et le liquide prend une coloration jaune citron ;

5° L'acide chlorhydrique ne dissout pas ces produits à froid, même après vingt-quatre heures de digestion. Quelques minutes d'ébullition n'amènent pas non plus la dissolution ; le liquide prend seulement une teinte d'un brun violacé ;

6° L'acide sulfurique dissout ces produits à froid, et la liqueur prend une teinte rougeâtre ;

7° L'eau froide ne les dissout pas ; l'ébullition trouble la liqueur, mais ne favorise en rien la dissolution.

b. Dans un second ordre d'expériences, l'auteur, après avoir étendu sur des verres de vitre et fait sécher lente-

ment à l'étuve des productions muqueuses qu'il avait fait digérer, pendant trois jours, dans de l'eau à la température ordinaire, obtint des lamelles transparentes, d'aspect carné, qui lui donnèrent les mêmes réactions que l'épiderme, c'est-à-dire qu'elles prirent une coloration jaune, avec l'acide azotique; violacée très légère, par l'action de l'acide chlorhydrique; noire, par le nitrate d'argent; carminée, sous l'influence du nitrate acide de mercure; enfin jaune foncé, par l'action de la teinture d'iode. L'alcool était resté sans action sur elles.

c. Reprenant cette matière desséchée, et la traitant par l'eau à la température ordinaire, il la vit se ramollir, se boursoufler et reprendre en quelques heures son aspect gélatiniforme et colloïde. L'eau retirée par filtration de la préparation précédente était limpide, légèrement onctueuse au toucher et très faiblement citrine, presque incolore. Traitée par l'alcool, elle a présenté un léger trouble au bout de quelques minutes.

L'acide azotique a déterminé un trouble très prononcé; l'ébullition comme un excès de réactif, lui ont rendu sa transparence.

« L'acide chlorhydrique a troublé la liqueur moins fortement que l'acide azotique; mais ce trouble ne disparut pas par l'ébullition et le liquide prit une teinte violacée.

« L'acide sulfurique a produit dans la liqueur un trouble à peu près aussi faible que celui qu'y déterminait l'alcool.

« Enfin, la liqueur soumise à l'ébullition sans le concours d'aucun réactif se troubla beaucoup et se chargea de petits flocons qui finirent par déposer au fond de l'éprouvette. »

Ces concrétions contenaient donc une petite quantité

d'albumine. Mais, de même que M. Laboulbène (1), l'auteur y a en vain cherché la présence de la fibrine. M. Lereboullet (2) n'a jamais pu non plus y trouver ni fibrine, ni fibres connectives ou élastiques.

Ces matières muco-membraneuses sont donc composées d'une substance amorphe, entremêlée de granulations, de noyaux et de cellules irrégulières, sans traces de tissu fibreux ni élastique. Insistons tout spécialement sur l'absence de fibrine, ce qui nous permet de les distinguer des autres fausses membranes qui, étant le résultat d'une modification apportée dans l'état de la muqueuse par un état inflammatoire plus ou moins prononcé, renferment une certaine quantité de cette substance. Nous aurons, du reste, l'occasion d'y revenir à propos du diagnostic.

CHAPITRE III.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous venons de voir, en étudiant l'anatomie pathologique, combien sont variées la forme et la quantité des concrétions muco-membraneuses qui constituent le signe pathognomonique de l'affection qui nous occupe. Les circonstances dans lesquelles se produit cette expulsion et les symptômes qui l'accompagnent ne le sont pas

(1) Laboulbène, *loc. cit.* Entérite couenneuse.

(2) Lereboullet. Manuel du microscope, 1873, p. 225.

moins. Il sera, du reste, très facile de se convaincre par la lecture des observations que nous rapporterons, à la fin de ce travail, que l'expulsion de ces concrétions n'est pas le fait d'une maladie particulière ayant une symptomatologie spéciale et la même dans tous les cas. Il existe, il est vrai, un phénomène primordial qui domine la scène, qui précède ou accompagne toujours ces sécrétions mucilagineuses : c'est une constipation habituelle, souvent très difficile à vaincre, qu'on peut considérer comme la cause unique de la sécrétion anormale, et sur laquelle nous reviendrons à propos de la pathogénie. Mais cette constipation s'observe dans des conditions bien différentes : chez des individus en état de bonne santé apparente : ou offrant un léger embarras gastrique ; chez des vieillards, des hystériques, des hypochondriaques, etc.

Nous allons cependant essayer de résumer les documents que nous avons recueillis dans les ouvrages que nous avons consultés, et de grouper les symptômes qui ont été observés.

Le plus souvent, lorsqu'il ne se trouve, mélangés aux scybales ou déposés à leur surface, que du mucus vitriforme ou des filaments cylindroïdes, ces symptômes sont presque nuls. A peine un peu d'anorexie, quelques coliques avant la défécation, parfois un peu de tympanisme dans la fosse iliaque droite, et là se résument toutes les manifestations morbides. Ces manifestations peuvent dépendre exclusivement de la constipation, et le médecin ne saurait s'en préoccuper, si l'on oublie de lui signaler la présence de ces produits dans les garde-robes.

Mais, si la constipation a duré quelques jours, et si la muqueuse intestinale est rendue plus susceptible par une prédisposition constitutionnelle ou acquise, alors, aux

symptômes que nous venons d'indiquer, viennent s'en ajouter de plus sérieux, qui sont l'indice d'un état inflammatoire. Alors la langue blanchit, l'appétit se perd, le malade se courbature, il dort mal la nuit ou est tourmenté par des rêvasseries inaccoutumées. Il a un peu de fièvre : son pouls bat 90 à 100 fois par minute. Il est inquiet, ennuyé d'être si peu malade en apparence et de ne plus avoir autant de force. On explore la gorge, la poitrine, on les trouve intactes. Pendant un, deux septennaires, le pouls reste vers 80 ; il peut même se ralentir et devenir intermittent. Le cerveau, chaque jour, se tourmente ; quand, un beau jour, on est surpris de rencontrer dans les garde-robes du malade des lambeaux de concrétions muco-membraneuses qui augmentent d'épaisseur et de quantité. Les matières alvines sont dures, mais elles peuvent être ramollies à leur surface par le liquide mucilagineux ; la masse centrale, dans ces cas, conserve sa dureté et indique une concentration des liquides excrémentiels. On peut retrouver ces matières pendant un mois, deux mois et plus. (M. Merland de Chaillé en a observé un cas pendant près de neuf mois.) Pendant ce temps, le malade n'a que peu ou fort peu de fièvre, mais il éprouve de l'inappétence, ses digestions sont, en général, lentes et pénibles. (Il s'agit ici, uniquement, de digestions intestinales, qui s'achèvent régulièrement, sans qu'il y ait de traces d'aliments indigérés dans les garde-robes). Il n'y a généralement que peu ou pas de douleurs abdominales ; les malades gardent ou ne gardent pas le lit, selon les forces ; on les dirait à peine souffrants, ils ne sont qu'amaigris, pâles et languissants ; puis, petit à petit, arrive, avec la diminution des produits insolites, le retour de la langue à l'état

naturel, les selles se régularisent et les forces reviennent.

« Ainsi, absence de prodromes, fièvre modérée ou nulle, langue blanche; constipation, peu de douleurs abdominales, abattement des forces, légers troubles encéphaliques, longue durée, tels sont les principaux signes dont l'association devra toujours faire craindre l'expulsion pathologique. » (Merland de Chaillé) (1).

Mais il n'en est pas toujours ainsi : on peut voir l'abdomen se météoriser. Le côlon transverse fait alors une saillie très appréciable à la palpation et à la percussion. L'anorexie est persistante, s'accompagnant d'éruptions et parfois de nausées; en même temps, on observe de la céphalée, des bouffées de chaleur, quelques vertiges. Les douleurs sont sourdes, permanentes, avec des paroxysmes douloureux de la plus grande intensité. L'évacuation surtout s'accompagne de douleurs vives, soit dans le ventre, soit au rectum. Les selles se composent de quelques scybales nageant au milieu d'un liquide, roussâtre, très riche en mucus, et nous assistons ici à ce singulier phénomène d'évacuations alvines liquides coïncidant avec la rétention des matières disséminées le long du côlon transverse et descendant, qui témoignent de la constipation primitive.

Dans des cas plus sérieux, on peut observer de véritables accès de fièvre, provoqués par l'irritation suraiguë de l'intestin, qui peuvent s'accroître au point de simuler une fièvre intestinale, et même une fièvre typhoïde. Il peut même y avoir, au début, des épistaxis; mais les remissions matinales sont plus prononcées; il n'y a pas de prostration ni de stupeur. Le ventre est ballonné; il

(1) Merlan de Chaillé, *loc. cit.* Union médicale, 1868.

devient tendu, douloureux ; les douleurs siègent de préférence dans la fosse iliaque droite et remontent le long du côlon ; elles sont augmentées par les besoins incessants du malade d'aller à la garde-robe. Les efforts de défécation sont parfois si intenses qu'ils déterminent une procidence de la muqueuse rectale, qui vient former un bourrelet à la marge de l'anüs (Siredey) (1). Ces épreintes, ce ténésme plongent le malade dans un état de surexcitation nerveuse très accentué. Enfin, après plusieurs jours de coliques atroces, le malade rend, avec des scybales dures et marronnées, des débris de membranes en quantité variable et des filaments muqueux. Cette expulsion est généralement suivie d'un soulagement notable. Enfin, dans des cas rares, elle peut se présenter avec un ensemble de symptômes redoutables, pouvant faire croire à un étranglement interne (J. Guyot) (2). Clemens (3) cite également le « fait d'un enfant qui se trouvait dans l'état le plus alarmant, avec la face grippée, et qu'on désespérait de sauver, lorsque le rejet d'une masse muco-membraneuse fut suivi d'un retour presque immédiat à la santé. »

Comme symptômes de début de l'affection, Williams (4) regarde comme constante, une sensation de constriction de l'abdomen, comparée par le malade à un lien qu'on lui serrerait autour des reins, comparable d'autres fois à un courant d'eau chaude, traversant le tube intestinal.

Williams et Da Costa (5) ont encore noté un état de moiteur de la paume des mains et de la plante des pieds ;

(1) Siredey. Voir obs. II.

(2) J. Guyot. Voir obs. III.

(3) Clemens, *loc. cit.*

(4) Williams, *loc. cit.*

(5) Da Costa, *loc. cit.*

alors que la peau des autres parties du corps est sèche et rude.

Du côté de la vessie, on a souvent observé de la dysurie. Parfois, et Findley (1) en cite deux observations, on voit l'expulsion de ces produits coïncider avec une dysmenorrhée pseudo-membraneuse.

Tels sont les symptômes qui peuvent faire penser à l'affection qui nous occupe. Mais, n'oublions pas que le caractère spécial de cette affection est l'expulsion des fausses membranes, et que le microscope est d'une grande utilité pour le diagnostic.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'entérite muco-membraneuse est difficile, nous pourrions même dire à peu près impossible avant l'expulsion des concrétions muqueuses, et M. Merland de Chaillé (2), qui en a observé un certain nombre de cas, avoue n'avoir jamais pu annoncer l'expulsion prochaine de ces productions.

En effet, les malades peuvent avoir de véritables accès fébriles dont nous nous occuperons tout à l'heure, et le diagnostic rester alors en suspens.

Cependant, il est certains signes qu'indiquent les auteurs qui se sont occupés de la question et qui pourraient mettre sur la voie du diagnostic.

(1) Findley. Voir obs.

(2) Merlan de Chaillan, *loc. cit.*

C'est ainsi que, au début, Williams (1) insiste sur une sensation de constriction, de corde serrée autour du corps, un sentiment de plaie vive, de brûlure comparable à celle que produirait un courant d'eau chaude traversant le tube intestinal.

Williams et Da Costa (2) ont également signalé la moiteur des mains, comme constante au début de l'affection.

Il est encore un signe sur lequel M. Vannebroucq insiste beaucoup, et qui, selon lui, lorsqu'il existe, aurait une certaine importance : c'est l'existence à la palpation, d'une tuméfaction vive et assez douloureuse, sur le trajet de l'intestin, depuis la fosse iliaque droite, jusqu'à l'S iliaque. On ne pourrait avoir que des présomptions, si la malade était une femme, de préférence d'un tempérament nerveux. « Ce signe serait parfois l'indice de l'expulsion prochaine des pseudo-membranes. »

Nous avons dit plus haut qu'on pouvait observer de véritables accès de fièvre provoquée par une irritation suraiguë de l'intestin. Cette fièvre s'accompagne le plus souvent de crises douloureuses très intenses, et peut se prolonger, au point de simuler une fièvre intestinale, une entérite aiguë. Mais dès que les matières seront éliminées, leur nature lèvera tous les doutes, et suffira pour éloigner de l'idée d'une inflammation vraie.

De même pour la fièvre typhoïde. On peut voir, en effet, des femmes et surtout des petites filles chlorotiques ou hystériques, atteintes depuis longtemps d'entérite muco-membraneuse, prises brusquement d'accidents aigus fébriles et prolongés, qui peuvent faire croire à

(1) Williams, *loc. cit.*

(2) Costa, *loc. cit.*

une fièvre typhoïde. Cependant la maladie antérieure de l'intestin, l'invasion plus brusque, et l'élévation plus prompte de la température dans l'entérite; puis, plus tard, la constatation du gargouillement dans la fosse iliaque droite, la diarrhée continuelle, le défaut presque constant de douleurs intestinales, les signes stéthoscopiques du côté des organes de la respiration, l'augmentation du volume de la rate, l'apparition des taches rosées, la stupeur, tous ces signes opposés à ceux de l'entérite, mettront sur la voie du diagnostic, en attendant que le corps du délit se retrouve dans les garde-robes.

Outre la forme typhoïde, la maladie que nous étudions revêt très souvent la forme dysentérique, et alors le diagnostic n'est possible qu'après l'expulsion des muco-membranes.

Quels sont donc les caractères auxquels nous reconnaitrons ces concrétions de mucus, et quels sont les produits analogues?

Mais, avant d'aborder le diagnostic différentiel, nous devons insister sur la nécessité absolue qui s'impose au médecin de faire examiner ces matières au microscope. Si en effet, on n'y trouve que du mucus concret, on saura qu'il n'existe qu'une légère altération de la muqueuse, produite par l'accumulation des scybales dans un point du tube intestinal, tandis que, si cet examen révèle la présence de la fibrine, de fibres connectives et élastiques, de fibres musculaires, on pourra en conclure que les lésions de la muqueuse sont plus profondes, qu'elle est le siège d'un processus inflammatoire plus accusé.

Que nous apprend donc le microscope? Que ces productions sont composées d'une masse homogène, striée par l'action de l'acide acétique. Demi-transparente, elle

réfléchit la lumière en gris, lorsqu'elle est à l'état solide, par suite de troubles de sécrétion. Cette opacité est due aussi à ce qu'il y a dans cette substance une certaine quantité d'éléments anatomiques; ce sont des cellules d'épithélium prismatique; des leucocytes, des granulations graisseuses, des corpuscules de la matière colorante de la bile, et quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Mais le signe le plus important est l'absence de fibrine. Cette fibrine se retrouve dans la plupart des autres fausses membranes qui se rencontrent dans le tube intestinal; nous sommes donc amenés à faire le diagnostic différentiel de l'affection qui nous occupe.

1^o *Dysentérie sporadique.* — La dysentérie sporadique diffère de l'entérite muco-membraneuse, par trois points principaux.

A. *Par la nature des déjections.* Les déjections sont muqueuses, glaireuses, ressemblant à du frai de grenouilles; de plus, il y a presque toujours des selles sanglantes qui sont en quelque sorte la caractéristique de la dysentérie.

B. *Forme et quantité des membranes expulsées.* — Dans la dysentérie, elles ont ordinairement la forme de pellicules blanchâtres, déchiquetées, et ne présentent pas cette forme tubulée en digitations, qu'on retrouve dans l'entérite muco-membraneuse.

Le volume et la quantité sont également différents, courtes, minces et peu abondantes dans la dysentérie, elles peuvent, au contraire, être longues et très abondantes dans la maladie que nous étudions.

C. *Composition.* — Dans les dysentéries, les excré-

tions sont riches en fibrine; la trame de fibrine qui les constitue renferme des éléments du tissu conjonctif, des fibres élastiques, etc., en un mot, elles sont semblables à toutes les membranes qui recouvrent une ulcération. Nous savons que les muco-membranes sont presque exclusivement composées de mucine.

Dysentérie grave. — Dans la dysentérie grave, on observe des épreintes incessantes, des phénomènes généraux graves; de plus, la nature particulière des déjections, selles sanglantes, couleur lavure de chair, mettra sur la voie du diagnostic.

2° Diphthérie. — Les fausses membranes diphthéritiques sont très rares. Elles ne se montrent presque jamais isolées, et accompagnent presque toujours l'angine diphthérique (Laboulbène, Bretonneau, Guersant).

L'entérite muco-membraneuse diffère donc de la diphthérie, en ce que cette dernière est une affection générale, retentissant sur toute l'économie, tandis que la première est une affection essentielle et purement locale. Du reste, à l'examen microscopique, outre la prédominance de la fibrine, on y trouve des spores, des mycéliums de végétaux, des vibrioniens, etc.

3° Muguet. — On peut rencontrer des plaques de muguet dans les garde-robes, mais elles sont rares et caractérisées par la présence d'un parasite spécial, décrit par M. Robin, sous le nom d'*ordium albicans*. Du reste, le diagnostic sera facilité par l'inspection de la bouche, de l'arrière-gorge, qui présenteront le pointillé caractéristique du muguet.

4° Fragments d'hydatides. — On peut voir des kystes hydatiques s'ouvrir dans l'intestin, et leurs fragments

irréguliers se mêler aux matières fécales. Ces fragments sont plus ou moins minces, blanchâtres, élastiques, semblables à du blanc d'œuf coagulé. « La membrane qui les compose est disposée par couches superficielles ou par lamelles très minces et stratifiées comme les feuillets d'un livre. Leur matière propre est formée de substance amorphe et homogène, sans fibres, sans cellules dans son intérieur » (Laboulbène.) (1).

5° *Avec des fragments de vers intestinaux.* — Les fragments de tœnia ou de bothriocépale peuvent être distingués à l'œil nu, pourvu que l'on examine avec soin les anneaux qui les composent.

6° *Fragments de muqueuse.* — On peut observer l'expulsion de fragments de la muqueuse intestinale. Trousseau en cite un exemple. Mais au microscope, on retrouve les caractères de la muqueuse : glandes, villosités, capillaires, etc.

7° Enfin, on peut confondre l'entérite muco-membraneuse avec un *étranglement interne* ; l'observation de M. Jules Guyot en est un exemple. Mais l'erreur pourra le plus souvent être évitée, si l'on tient compte, non seulement de la douleur, mais de la fièvre, qui manque au début de cette affection. Du reste, il n'y a pas d'exemple que l'obstacle provoqué par des fausses membranes ait été suffisant pour amener des vomissements fécaloïdes. D'ailleurs, quand il y a du ballonnement, on n'observe pas les bosselures produites par les anses intestinales distendues au-dessus du rétrécissement.

(1) Laboulbène, *loc. cit.*

PRONOSTIC.

En général peu grave, il dépend surtout de la gravité ou de la bénignité de l'affection pathogénique qui a donné naissance à l'affection qui fait l'objet de cette étude. C'est ainsi que nous la voyons n'avoir qu'une durée éphémère dans l'embarras gastrique, l'état muqueux, et certaines formes de dyspepsie, tandis que l'expulsion du mucus concret persiste des mois et des années chez des femmes hystériques, des hypochondriaques, en un mot chez des sujets névropathiques.

Cependant, il est certaines complications qui peuvent l'assombrir, et qui tiennent aux accidents nerveux que la maladie entraîne à sa suite. Telles sont les douleurs temporo-maxillaires, la myalgie oculaire, les troubles urinaires, une fissure anale rebelle, le prolapsus de la muqueuse, etc. Il est même possible d'observer, quoique rarement, une hémorrhagie intestinale, parfois assez abondante. M. Merland de Chaillé (1) a perdu trois malades atteints de cette variété d'entérite. L'un de vomissements incoercibles, suivis de méningite; le second, d'épuisement nerveux; le troisième, d'hématémèses avec pétéchiés et œdème des membres.

TRAITEMENT.

Le traitement que commande l'apparition dans les selles de concrétions membraniformes, vient confirmer

(1) Merland de Chaillé, *loc. cit.*

l'opinion que nous allons émettre à la fin de ce travail, au sujet de la pathogénie de ces accidents. Dans presque toutes les observations, en effet, nous voyons les purgatifs amener la guérison. C'est ainsi que, malgré plusieurs saignées, M. Christian obtint, grâce aux purgatifs, la guérison de la malade dont nous publions l'observation. Il en est de même de la plupart de toutes les observations que nous allons relater.

En dehors de cette indication des purgatifs, qui est admise par presque tous les auteurs, certains d'entre eux ont préconisé, soit contre les douleurs, soit contre l'état général, certains traitements que nous devons mentionner.

C'est ainsi que dans le cas où les douleurs persistent, malgré les évacuations, M. Siredey (1) conseille d'avoir recours à l'opium.

Toutefois, il faut être très réservé dans l'emploi de ce moyen, car, si l'opium procure un soulagement momentané, il prépare l'explosion de nouveaux accidents, en entretenant la dyspepsie et en augmentant la constipation. En même temps, cet auteur conseille d'appliquer sur le ventre des compresses mouillées d'abord d'eau froide, puis imbibées de quelques gouttes de chloroforme. Il recommande aussi la glace et les bains, et surtout la belladone, qui est à la fois un sédatif de la douleur et un excitant des contractions intestinales.

M. Wannebroucq (2), outre les purgatifs légers, ordonne des frictions sur l'abdomen avec de l'huile de croton tiglium, et des sinapismes en petit nombre sur les points douloureux.

(1) Siredey, *loc. cit.*

(2) Wannebroucq, *loc. cit.*

Williams, Da Costa, Findley, donnent la liqueur de Fowler dès le début. Ils n'ont recours aux purgatifs que quand la constipation est rebelle et a résisté aux lavements. Ces auteurs repoussent les purgatifs comme irritant l'intestin.

M. Le Bret (1), ayant eu deux cas de guérison à la suite de l'administration des eaux de Barrèges, recommande cette médication, unie aux purgatifs salins.

M. de Courval (2) attribue une réelle valeur aux lavements de nitrate d'argent et à l'administration du chlorate de potasse.

Comme on le voit, les purgatifs salins ont été employés par la plupart des auteurs que nous venons de citer, à l'exception des médecins anglais et américains. M. le professeur Sée (3) semble partager leur opinion et les emploie le moins souvent possible. Voici, en effet, ce que dit l'éminent professeur, à propos du traitement de l'entérite muco-membraneuse : « Il importe de n'insister que sur les moyens les plus simples, de n'user que modérément, soit des évacuants actifs et surtout des excitants; l'hydrothérapie ne doit être appliquée que quand la maladie n'a pas atteint assez d'intensité pour produire un certain degré d'amaigrissement de cachexie.

« Les moyens médicaux ou alimentaires qu'on emploie de préférence dans ces cas, sont :

« 1^o La viande crue dans le bouillon, la viande rôtie de boucherie, le gibier, le poisson cuit à l'eau, les légumes secs en purée, le fromage.

(1) Le Bret, *loc. cit.*

(2) De Courval, *loc. cit.*

(3) Sée, *loc. cit.*

« Le lait est généralement mal supporté, les œufs ne digèrent pas toujours facilement, sous quelque forme qu'on les prescrive; les acides, les crudités sont contraires.

« Comme boisson, du vin de Bordeaux, avec de l'eau pure, ou avec une eau carbonatée calcaire (eau de Pougues), de préférence aux eaux sodiques; à la fin du repas, du vin d'Espagne ou une liqueur non sucrée. Le thé constitue un bon moyen de faciliter la digestion.

« Comme moyens médicaux, je prescris rarement les purgatifs, quels qu'ils soient; les purgatifs salins, les drastiques ne conviennent en aucune façon; si on administre cette dernière classe de substances, comme l'aloès, la podophylle, il faut y associer la belladone pour éviter les douleurs intestinales; c'est aussi la combinaison indiquée par Blondeau, pour une substance purgative appelée évonymine, provenant de l'*Evonymus atropurpureus*, famille des Elestrinées; ce médecin, en l'associant à la jusquiame, a guéri un cas de colite qu'il appelle glutineuse. Les purgatifs salins ne sont pas moins contre-indiqués que les eaux minérales purgatives; la magnésie elle-même n'est pas toujours supportée; en général, il faut se contenter des remèdes désobstruants, et de grandes irrigations rectales, comme celles qu'on pratique à Plombières. »

Contre les névralgies consécutives, on pourra prescrire le sulfate de quinine, surtout si les accès révèlent un type intermittent, les pilules de Méglin et la térébenthine.

CHAPITRE IV.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE.

Ainsi que nous l'avons vu, en étudiant la symptomatologie, tous les phénomènes observés chez les malades atteints d'entérite muco-membraneuse viennent se grouper autour de deux symptômes primordiaux, qui constituent à eux seuls toute la maladie, et qui sont la constipation et l'expulsion de produits mucilagineux concrescibles. Mais, si l'on se demande lequel de ces deux symptômes est le premier en date, si l'on cherche à se rendre compte du rapport physiologique qui existe entre eux, on s'aperçoit que les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point.

Ainsi les uns, M. Perroud (1), et particulièrement M. Siredey (2), admettent que c'est le mucus concrété qui apparaît le premier. Le dernier auteur, surtout, ayant remarqué, d'après l'analyse des observations publiées avant celle qu'il communiqua à la Société médicale, que l'affection que nous étudions s'observe surtout chez des névropathiques, croit à l'existence d'une névrose spéciale de l'intestin qui déterminerait un trouble de la sécrétion intestinale, provoquerait la formation de mucosités gélatiniformes. Pour appuyer son hypothèse, il se base sur les expériences de Claude Bernard sur les sécrétions : « Cette hypothèse, dit-il, nous paraît d'autant

(1) Perroud, *loc. cit.* (Conclusions.)

(2) Siredey, *loc. cit.* (Pathogénie.)

plus admissible, que les travaux de Claude Bernard ont fait mieux connaître l'influence considérable du système nerveux sur les sécrétions, qui, non seulement, peuvent être modifiées dans leur quantité, mais dans leur qualité. Ne serait-ce pas à une altération de ce genre que le mucus intestinal devrait la propriété de se coaguler sur place, de ne plus s'immiscer, comme d'ordinaire, aux résidus de la digestion qui doivent constituer les fèces? » Par suite de l'absence de ce mucus qui ne contribue plus à en entretenir la mollesse, et à en faciliter le glissement, les matières fécales deviendraient plus fermes, plus dures, et s'arrêteraient dans l'intestin, pour constituer des scybales, et la constipation serait ainsi produite. Ces scybales ne pouvant plus glisser, et accumulées en un point de l'intestin, détermineraient des obstructions partielles, d'où irritation de la muqueuse, d'où contractions intestinales réflexes, énergiques et douloureuses, ce qui expliquerait les coliques tormineuses et l'expulsion de la couche gélatineuse, dont le décollement serait encore favorisé par l'hypersécrétion du mucus déterminée par cette excitation réflexe; de telle sorte, que le trouble fonctionnel primordial engendrerait d'abord la constipation qui provoquerait plus tard les coliques et l'expulsion des matières membraniformes. »

2. D'autres auteurs, surtout les auteurs anglais, Williams (1), Simpson et M. Le Bret (2), en France, font intervenir l'herpétisme, et veulent rattacher à cette affection l'hypersécrétion du mucus intestinal. M. Le Bret cite à l'appui de sa thèse deux observations que nous reproduirons.

(1) Williams, *loc. cit.*

(2) Le Bret, *loc. cit.*

3^e M. Wannebroucq (1) prétend aussi que c'est la formation des concrétions qui paraît la première, et il l'attribue à l'inflammation de la muqueuse intestinale et de ses divers ordres de glandes; sous l'influence de cette inflammation, se produirait une prolifération du tissu conjonctif qui étoufferait les éléments glandulaires et diminuerait les sécrétions intestinales, ou du moins certains principes de ces sécrétions d'où la coagulation prompte du mucus en fausses membranes, et, par suite, la constipation; cette inflammation pourrait devenir plus profonde et aller jusqu'à l'ulcération.

4^e Enfin, MM. les professeurs Potain (2), Sée (3), et avec eux, un grand nombre d'auteurs, pensent que la constipation est le premier phénomène, et que les irritations de la muqueuse ne sont qu'un résultat consécutif à la constipation.

Telles sont les diverses théories qui ont été soutenues; à laquelle nous rallierons-nous?

L'hypothèse de M. Siredey est ingénieuse, elle est séduisante; mais elle ne rend pas compte de tous les faits observés, et l'on pourrait presque croire, après la lecture attentive des observations qui ont été publiées, que M. Siredey a interverti les rôles, qu'il a pris l'effet pour la cause, et attribué à l'altération de sécrétion ce qui revient à la constipation. L'expulsion, par l'anus, de matières muco-membraneuses et gélatiniformes s'observe, il est vrai, le plus souvent chez des femmes et des sujets névropathiques. C'est là un fait évident, indéniable. Mais cette influence, ne la voyons-nous pas se manifes-

(1) Wannebroucq, *loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

ter aussi dans la production de la constipation ? Si nous lisons en effet les remarquables articles qu'ont écrit sur ce chapitre MM. Martineau (1) et Villemin (2), l'un dans le Dictionnaire de M. Jaccoud, l'autre dans celui de M. Dechambre, nous y trouvons, parmi les causes nombreuses qui peuvent amener la constipation et que nous n'avons pas à énumérer ici, nous y trouvons, dis-je, à côté de la constipation qu'on peut appeler physiologique et coïncidant avec un état de santé parfait, une parésie de l'intestin, due, soit à des altérations du tube intestinal, soit à des altérations du sang, soit à des névroses, au défaut de sensibilité, aux habitudes de la vie, etc. « Mais elle s'observe plus encore dans les cas de débilitations générales, telles que l'hystérie, la chlorose, l'anémie. L'intestin, alors privé de ses mouvements péristaltiques, laisse s'accumuler les matières fécales ; celles-ci deviennent alors dures et forment des scybales qui séjournent plus ou moins longtemps dans un point de l'intestin, le côlon particulièrement. Sous l'influence de ce séjour prolongé des matières stercorales, se détermine l'irritation de la muqueuse intestinale, par suite, la sécrétion mucilagineuse, qui ne doit nullement nous étonner ; on observe tous les jours des faits analogues. Par cela même qu'elle se produit au point d'accumulation des masses excrémentitielles, la sécrétion se dépose à leur surface sous forme de glaires, ou bien de fragments amorphes, qui prennent la forme moulée à cause des contractions intestinales, des mouvements péristaltiques ou anti-péristaltiques auxquels la substance concrescible

(1) Martineau. Dict. de méd. et de chir. prat., 1863, t. IX, p. 128, art. *Constipation*.

(2) Villemin. Dict. encycl. des sc. méd., t. XIX, p. 723, art. *Constipation*.

est exposée. Il s'agit donc, en dernier ressort, d'une atonie de l'intestin (Germain Sée) (1). De plus, si les troubles de sécrétion intestinale peuvent intervenir, dans certains cas, pour favoriser la constipation et rendre plus fréquente l'expulsion des muco-membranes, il est des cas dans lesquels, alors qu'on ne peut affirmer aucune lésion nerveuse, on observe l'expulsion de pseudo-membranes en assez grande quantité, pour donner lieu à des phénomènes d'occlusion intestinale, comme dans l'observation de M. Jules Guyot.

Du reste, ce qui ajoute encore plus de poids à l'opinion que nous venons d'émettre, c'est l'heureuse influence des purgatifs, qui, dans la majorité des cas, en faisant disparaître la constipation, ont pu empêcher la reproduction de ces concrétions membraniformes.

Nous ne pouvons pas non plus, avec MM. Le Bret et Simpson, rattacher à l'herpétisme l'hypersécrétion du mucus intestinal. Cependant, il est des cas dans lesquels il paraît jouer un certain rôle ; par exemple, quand elles se rencontrent avec certaines formes de dysménorrhée pseudo-membraneuse d'origine herpétique, caractérisées par l'expulsion de concrétions de mucus. Encore ne faut-il pas croire que l'expulsion, chez la même malade, de pseudo-membranes ou de concrétions de mucus plaide en faveur de leur origine herpétique ; dans ces cas, c'est l'affection utérine qui a provoqué la constipation, laquelle, à son tour, a donné lieu à la formation des concrétions muqueuses.

Enfin, nous ne partageons pas non plus l'opinion de M. Wannebroucq, car, si parfois on observe des phénomènes d'inflammation catarrhale, ceux-ci sont secon-

(1) Germain Sée, *loc. cit.*

daires, ils se développent consécutivement à la constipation, et ne sont presque jamais les premiers en date.

Ainsi, sans vouloir prétendre qu'une même pathogénie soit applicable à tous les cas, nous croyons que la constipation est la cause la plus fréquente de cette singulière affection. C'est, du reste, l'opinion d'un grand nombre d'auteurs.

Ce point de pathogénie étant éclairci, et la constipation devant être le plus souvent considérée comme le point de départ de la concrétion mucilagineuse, on comprendra facilement que toutes les causes qui peuvent donner naissance à la constipation, pourront également donner lieu à la formation de mucus concret et à son expulsion avec les matières excrémentitielles.

C'est ainsi qu'on la voit coïncider avec un état de santé parfaite ou avec un léger embarras gastrique; qu'on l'a signalée chez les vieillards, les convalescents, les personnes qui mènent une existence sédentaire, les personnes qui sont en proie à des excitations morales vives et débilitantes; ou bien, lorsqu'un intestin se trouve en état de paralysie réflexe, par suite d'une altération des organes en relation plus ou moins directe avec lui, ou par la compression longue et continuelle exercée par les organes voisins; enfin, l'hystérie et l'hypochondrie, etc. Mais il en est une que nous devons surtout signaler, c'est l'influence que l'habitude de retenir les matières exerce sur la production de la constipation, et on sait que certaines hystériques et certains hypochondriaques sont, en raison de cette habitude, très exposés à tous les troubles de digestion, qui en sont la conséquence.

Nous devons cependant ajouter que, très souvent, les accidents dyspeptiques, les douleurs abdominales qui

accompagnent l'expulsion des concrétions de mucus, déterminent à leur tour une série de troubles nerveux des plus variés. L'hypochondrie peut donc être la cause ou l'ensemble des accidents.

Outre les causes qui appartiennent à la constipation et dont nous avons énuméré les principales, il est quelques conditions dans lesquelles ces productions semblent se faire plus spécialement. Ainsi, les malades accusent généralement soit le froid humide, soit les écarts de régime prolongés, et plus particulièrement l'abus des boissons froides et des aliments irritants, grossiers et difficiles à digérer, tels que les mets épicés, les fruits verts, etc.

Whitehead (1) et M. Wannebroucq l'ont observée quelques jours après l'administration du kousso. MM. Langlet (2) et Huchard (3) ont publié des observations de faits analogues.

Quant aux causes prédisposantes, M. Wannebroucq croit que l'hérédité joue un rôle important. Il connaît des familles dans lesquelles plusieurs générations ont été atteintes de l'affection qui nous occupe, bien qu'elles soient dans l'aisance et s'astreignent aux règles hygiéniques les mieux entendues.

Aucun âge n'est particulièrement atteint. Cependant, elle paraît plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard. Sur 30 malades soignés par M. Merland de Chaillé (4), quelques-uns avaient de 20 à 48 ans, la plupart de 45 à 60 ; cinq plus de 60, et un de 84 ans. Il

• (1) Whitehead, *loc. cit.*

(2) Langlet, *loc. cit.*

(3) Huchard, *loc. cit.*

(4) Merlan de Chaillé, *loc. cit.*

est une autre condition étiologique que cet auteur croit avoir remarquée, c'est la *contagiosité* des accidents.

Ainsi, une de ses malades fut prise, à la suite de visites chez un fiévreux, et trois autres à dix lieues de là suivirent dans la même maison. L'observation de Broca (1), concernant une femme et son beau-frère, semblerait venir à l'appui de cette opinion; mais n'est-il pas permis de voir là une simple coïncidence?

Les *tempéraments* bilieux et nerveux y sont plus particulièrement prédisposés.

Whitehead croit que les personnes d'un tempérament froid et mou, aux extrémités froides, au teint blanc jaunâtre; que celles d'une intelligence et d'une énergie peu vives, les individus apathiques, quoique possédant un tempérament nerveux irritable, les femmes atteintes de dysménorrhée, n'ayant pas eu d'enfants depuis longtemps, y seraient prédisposées.

En ce qui concerne le *sexe*, les femmes y seraient plus particulièrement prédisposées; en premier lieu, en raison de leurs habitudes sédentaires; en second lieu parce que c'est chez elles que s'observent le plus souvent les troubles nerveux que nous avons étudiés plus haut.

Après avoir exposé la pathogénie de ces productions muqueuses, et les diverses conditions étiologiques dans lesquelles elles peuvent se développer, il nous reste à expliquer les différentes formes qu'elles affectent à leur sortie du tube intestinal.

Ainsi que nous l'avons vu, en traitant de l'anatomie pathologique, on peut ramener à trois types la forme des matières excrétées: le type membraneux, le type amorphe et le type mucilagineux. Les deux derniers n'af-

(2) Broca, *loc. cit.* Bull. Soc. anat., 1854.

fectant aucune forme bien marquée, il n'est pas nécessaire d'y insister. Mais il n'en est pas de même du type membraneux. Dans ce dernier, en effet, nous y trouvons deux formes : celle de lanières plus ou moins longues, de rubans plus ou moins aplatis, et celle de tubes cylindroïdes.

On comprend, en effet, très bien que sous l'influence de la constipation, la muqueuse intestinale s'irrite et qu'elle transmette cette irritation aux glandes de l'intestin, qui sécrètent alors une plus grande quantité de mucus, qui se concrète sous l'influence de l'immobilisation de l'intestin. Mais pourquoi ce mucus rejeté ne rappelle-t-il pas le moule et les dimensions du tube dans lequel il a été formé ?

La forme des filaments, des lanières, des rubans plats, a été parfaitement expliquée par M. Potain (1), lors de la discussion qui suivit la communication de M. Jules Guyot à la Société médicale des hôpitaux. Voici, en effet, ce que dit l'éminent professeur, après avoir rappelé sa communication de 1857 : « Le mode de formation de ces
« longues lanières, toutes semblables d'aspect, ne pou-
« vait guère se concevoir, à moins de le rattacher à
« quelque disposition anatomique particulière. Ce qui
« me parut le plus vraisemblable, c'est qu'elles s'étaient
« formées sur les bandes longitudinales qui suivent le
« côlon d'un bout à l'autre, séparant les bosselures ou
« cellules dont cette partie de l'intestin est pourvue, et
« qui, soulevant la muqueuse par leurs faisceaux mus-
« culaires tendus, déterminent une saillie très notable
« vers la cavité intestinale. Je pensai que le mucus ac-

(1) Potain, *loc. cit.* Communic. de M. Jules Guyot. Bull. Soc. méd., 1868.

« cumulé et concrété à la surface de ces bandes, pendant
« les périodes d'immobilité de l'intestin prolongées par
« la constipation, était ensuite enlevé et comme *raclé* par
« le passage des matières fécales durcies. Sans doute, le
« dépôt de mucus ne se limitait pas à ces portions res-
« treintes de la surface interne du côlon, car de larges
« lambeaux membraniformes étaient rendus en même
« temps que ces lanières, et d'ailleurs les bords déchirés
« de celles-ci indiquaient qu'elles avaient dû appartenir à des lames plus étendues. Mais on concevait
« que ces sortes de fausses membranes se seraient plus
« aisément détachées au niveau des parties saillantes,
« et peut-être aussi elles avaient pris une épaisseur un
« peu plus grande qu'ailleurs. » Cette explication satisfait pleinement l'esprit, et c'est ainsi que nous nous expliquons la forme du lambeau membraniforme expulsé par le malade que nous avons observé à l'hôpital Necker.

La forme des tubes cylindriques, des petits cordons blanchâtres que l'on rencontre quelquefois, est plus difficile à expliquer. Lors de la présentation qu'il fit en 1874 à la Société anatomique de cordons analogues, M. Raynaud (1) pensait qu'ils résultaient de la production d'une couche de mucus à la surface interne de l'intestin, mucus qui, se détachant ensuite, se serait enroulé en cylindre sous l'influence de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques. A cette hypothèse ingénieuse, M. Debove oppose celle-ci qui nous paraît plus satisfaisante. « Le mucus, dit-il, tapisse tout l'intestin et forme ainsi un tube; puis, ce tube se détache, et, se rétractant progressivement, arrive à présenter un petit calibre ». Telle est l'explication qu'a donnée

(1) *Loc. cit.* Bull. Soc. anat., 1874.

M. Debove, sur la formation de ces tubes. Elle nous paraît la plus probable, et nous l'admettrons jusqu'à ce que, par de nouvelles recherches, on ait trouvé une explication plus satisfaisante.

OBSERVATIONS.

Pour faciliter la lecture de ces observations, et ne pas nous exposer à des redites nombreuses à propos des réflexions dont nous nous proposons de les faire suivre, nous avons pensé qu'il serait préférable de réunir dans un même article celles qui offrent une grande analogie au point de vue de leur pathogénie et des symptômes qu'ont présentés les malades qui en sont l'objet, nous réservant de faire suivre certaines d'entre elles des réflexions qu'elles nous auront inspirées.

PREMIÈRE DIVISION. — C'est ainsi que, dans une première division, nous classerons celles qui sont relatives à des personnes bien portantes habituellement, ou atteintes, soit d'un peu d'embarras gastrique, soit d'une dyspepsie légère, mais ayant une constipation opiniâtre, qui peuvent être prises de symptômes plus ou moins douloureux, et rendre, soit avec les scybales, soit après leur expulsion, des concrétions muqueuses de différentes formes.

OBSERVATION I (personnelle). — Le malade dont nous publions l'observation est couché au numéro 1 de la salle Saint-Luc, à

l'hôpital Necker. C'est un nommé Lemont (Lucien), âgé de 30 ans, exerçant la profession d'employé. Il était encore très jeune quand il a perdu ses parents. Sa mère a succombé à une maladie de poitrine et il ignore la cause de la mort de son père.

Il n'avait jamais été malade, lorsque, en 1881, vers la fin du mois d'août, en revenant de Bruxelles, il prit froid en chemin de fer. Depuis lors, il a toujours été souffrant. Il a continuellement toussé, et il perdait peu à peu ses forces, lorsque, il y a un an, vers la fin du mois d'août, la toux, d'abord sèche, devint plus fréquente et s'accompagna d'une expectoration assez abondante. Il eut même, à cette époque, quelques crachements de sang accompagnés d'étouffements, qui le forcèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu, d'où il sortit trois mois après, légèrement amélioré, mais non complètement rétabli.

Il lui fut même impossible de reprendre son travail; ses forces allèrent en diminuant, il perdit l'appétit, les quintes de toux se rapprochèrent et furent suivies d'une expectoration plus abondante, parfois de vomissements; trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il cracha du sang en assez grande quantité, et, le 12 mars il entre dans le service de M. le professeur Potain.

A l'examen qui en est fait, on constate un amaigrissement notable et une faiblesse générale très marquée. Le malade n'a pas d'appétit, il tousse beaucoup et son crachoir est rempli de crachats arrondis, nummulaires, flottant au milieu d'une certaine quantité de liquide. On examine le poumon. A la percussion on constate de la matité sous la clavicule droite, de la submatité à gauche en arrière, de la matité au sommet droit. A l'auscultation, on découvre des râles humides à droite, à gauche on entend des craquements, et la respiration est rude sous la clavicule. En arrière, on perçoit des râles humides dans la fosse sus-épineuse et le tiers supérieur de la fosse sous-épineuse du côté droit.

L'examen du cœur ne fait rien découvrir d'anormal.

Du côté des voies digestives, on constate une perte de l'appétit, mais le malade n'a jamais eu de diarrhée, et même il est plutôt habituellement constipé.

Izoard.

L'affection pulmonaire suivait son cours habituel, lorsque, le 4 juin, en allant à la selle, il rendit par l'anus une matière molle, grosse comme une noisette, de couleur blanchâtre et pelotonnée comme un morceau de ver solitaire. Cette expulsion s'était faite sans le moindre effort et sans la moindre douleur, puisque ce n'est que par hasard qu'il s'en est aperçu.

Déposée dans l'alcool, cette matière se déroule et s'étale sous forme de muco-membrane, longue de 20 centimètres environ, de la largeur du petit doigt.

L'examen microscopique de cette concrétion, faite par M. le Dr Gaucher, a montré qu'elle était exclusivement composée de mucus, avec des leucocytes et quelques cellules d'épithélium, mais sans traces de glandes ou de villosités.

Depuis lors, malgré un examen attentif et journalier des garde-robes, on n'y a plus trouvé de produits semblables.

Obs. II (Siredey, résumée). — M. X..., âgé de 41 ans, a de bons antécédents, une santé parfaite, une vie régulière et n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte. En 1854, il est tourmenté par des douleurs dans les membres inférieurs. Deux fois ces douleurs disparaissent pour reparaitre de nouveau. Le malade commence alors à accuser une constipation opiniâtre, des douleurs abdominales, des épreintes. Il consulte successivement les médecins les plus distingués de Paris, mais toutes les prescriptions n'amènent qu'un mieux passager. En 1861, les coliques et les épreintes reviennent, il se produit une chute du rectum; M. Fano lui fait une opération. Grisolles croit à une névralgie. En 1862, la maladie dure toujours, une nouvelle chute du rectum se produit, et MM. Schützemberger et Sédillot, de Strasbourg, l'opèrent de nouveau. A ce moment, le malade rendait des matières blanches, membraneuses. En 1865, il est tourmenté par une dermalgie. M. le Dr Landry est alors consulté, et pense que les opérations précédemment entreprises l'ont été sans raison.

(1) Siredey. Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses, membraniformes de l'intestin. Soc. méd. hôp., 1868.

En 1866, lorsque M. X... se présenta à M. Siredey, il accusait des douleurs vives dans la région du foie. Continuellement affecté d'une constipation réelle, il rendait, en allant à la garde-robe, des matières muqueuses, filamenteuses, vermicellées ou rubanées, aplaties, ressemblant à des fausses membranes; son état général était devenu mauvais; l'amaigrissement était considérable.

Il présentait, en outre, différents symptômes qui pouvaient faire penser à une ataxie; mais un examen attentif fit rejeter ce diagnostic. En novembre, survint un nouvel accès de gastro-entéralgie; M. Axenfeld, appelé, ordonna des pilules de nitrate d'argent. Le malade avait rendu un paquet de matières muqueuses gélatiniformes.

En février 1867, se produit un nouvel accès. M. Siredey administre du bromure de potassium, et obtient une certaine amélioration. Cependant les crises de gastro-entéralgie sont toujours fréquentes, et les garde-robes contiennent toujours des fausses membranes. Ces productions pseudo-membraneuses sont examinées par M. Cornil, qui déclare y avoir trouvé des filaments de fibrine avec des éléments épithéliaux et des leucocytes. « En résumé, dit-il, ce sont des fausses membranes constituées surtout par du mucus, et ne montrant en aucun point des fragments de la muqueuse elle-même. »

Dans tout le cours de la maladie, les fausses membranes ont été expulsées après les matières fécales.

En octobre 1868, l'état général est devenu meilleur, les forces reviennent, le bromure de potassium est toujours administré. Jusqu'ici le malade a toujours pris des opiacés à fortes doses, c'est en eux qu'il mettait toute sa confiance. Il consent enfin à prendre des purgatifs dont il redoutait l'effet, il en ressent un grand soulagement, après avoir expulsé des matières muqueuses membraniformes.

Réflexions. — Outre qu'elle rentre absolument dans le cadre de notre première division, cette observation est remarquable par les épreuves qu'éprouve le malade et

par la chute du rectum, qui se produisit à deux reprises, sous l'influence des efforts de défécation, et qui, deux fois, nécessita une opération.

Obs. III (Jules Guyot) (1). — Le 3 février 1868, je suis appelé auprès d'un ami qui, souffrant depuis la veille d'un mal de gorge, a pris le matin trente grammes d'huile de ricin, et qui me fait demander parce qu'il s'est aperçu que ses amygdales étaient recouvertes d'une pellicule blanchâtre. Je reconnais une angine couenneuse commune avec fièvre, courbature, tuméfaction légère des ganglions sous-maxillaires. Gargarisme vinaigré, sirop de groseille, bouillon, sinapismes aux mollets.

Le 4 février, l'état est le même. Difficulté plus grande à avaler, nuit très agitée; la pellicule blanche s'est étendue au palais et au pharynx. L'huile de ricin a produit six selles, sans coliques vives. Même prescription. Narcéine, 0,02.

5 février. Nuit a été très agitée, narcéine a été inutile. Même difficulté dans la déglutition; soif très vive; je permets de sucer des quartiers d'oranges. Narcéine, 0,04.

6. Fièvre disparue. Langue pâteuse, anorexie, soif. Nuit agitée, insomnie; le malade a sucé trois oranges. Je défends les oranges dans la crainte d'entretenir l'anorexie. Permission de se lever. Potages.

7. Hier soir, à 9 heures, douleurs assez vives dans le ventre. A 11 heures, intensité extrême des douleurs abdominales, à tel point que le malade a passé une partie de la nuit à se tordre. M. Désormeaux, appelé auprès du malade, prescrit des applications d'huile de camomille qui ont soulagé le malade. A 10 h. 1/2, je trouve mon ami dans l'état suivant: figure anxieuse, pas de fièvre, pouls à 80, plein; langue saburrale, rapports gazeux très fréquents, ballonnement uniforme du ventre, pression douloureuse, sans qu'il me soit possible de trouver un point plus sensible; pas de tumeur. La région hépatique n'offre ni tuméfaction, ni douleur au niveau de la vésicule biliaire. Les douleurs sont

(1) J. Guyot. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1868.

cependant un peu plus marquées, à ce qu'il semble, au niveau de l'ombilic, dans la région épigastrique et dans le flanc gauche.

Depuis lundi, le malade n'a pas été à la selle et, depuis hier soir, il n'a pas rendu de gaz par l'anus.

Mon ami n'a jamais eu d'affection intestinale, et il va habituellement à la selle deux fois par jour. Urine rouge, peu abondante. Deux cuillerées à bouche de magnésie dans un verre d'eau. Un grand bain. Infusion de camomille. Mon diagnostic est : entéralgie, due peut-être à l'ingestion des oranges ; mais je crains un étranglement. A 4 heures, l'état est le même, le bain a produit un peu de soulagement. L'ingestion de la camomille a provoqué des envies de vomir. L'abdomen est uniformément distendu ; les nausées et les rapports sont incessants ; les douleurs ont la même intensité et ont gagné la région lombo-dorsale. Lavement ; un nouveau bain. Boisson glacée au choix du malade. Le 8, le lavement n'a provoqué ni selle, ni émission gazeuse. La nuit a été très agitée. Rapports incessants, douleurs très vives. Pas de fièvre. Langue recouverte d'un enduit fort épais, humide. Ballonnement plus considérable du ventre ; mais il est impossible, à l'aide du palper ou de la percussion, de trouver un point faisant saillie, recherche sur laquelle M. Besnier insiste dans son mémoire sur l'étranglement interne. Douleurs spontanées à la pression, peut-être plus intenses à la région lombaire. La figure commence à se gripper. Bain prolongé, charbon de Belloc ; lavement avec 20 gr. de sulfate de soude. Maintenir sur l'abdomen des compresses trempées dans une décoction chaude de feuilles de jusquiame et de belladone, recouvertes de taffetas gommé. A midi, même état ; lavement rendu sans matières fécales et sans gaz ; soulagement par les compresses et le bain ; lavement. A 5 heures, le ballonnement est plus considérable. Anxiété plus grande, face plus grippée ; émissions gazeuses par la bouche à chaque instant. Envie de dormir après l'ingestion des boissons. Pas de selles, ni de gaz rendus par l'anus. Prendre deux verres d'eau de Birmenstoff ; lavement avec 30 gr. de miel mercurial. Peu d'instant après l'ingestion du deuxième verre, sont survenus des vomissements avec très grande anxiété et coliques atro-

ces. Ces douleurs ont duré environ une demi-heure, puis il y a eu par l'anüs émission de gaz et de matières fécales délayées, dans lesquelles il est possible de retrouver quelques peaux de pruneaux mangées la veille. A 10 heures, au moment de ma visite, le malade est dans un bain, les coliques ont disparu; le ventre est souple, non ballonné. Borborygmes nombreux, rapports beaucoup moins fréquents; émissions gazeuses par l'anüs en très grande quantité. Le lendemain, 9, je constate l'amélioration croissante: le malade a dormi, la figure est calme, le ventre est souple, la langue est blanche, humide, les émissions gazeuses par la bouche sont moins fréquentes; pas de douleurs. Bain, potage et viande s'il y a de l'appétit. A 5 heures du soir, l'état du malade est moins satisfaisant, ce que j'attribue à ce qu'il est resté trop longtemps debout. Le ventre est souple, mais un peu ballonné; langue blanche, humide, pas de douleurs; selle dans la matinée, dans laquelle je trouve des enveloppes de raisin mangé le 7. Pas de rapports.

10. Nuit mauvaise. A partir de 10 heures hier soir, retour des douleurs qui ont bientôt acquis une grande intensité. Ce matin, la figure est altérée, le nez un peu grippé, le ventre très ballonné sans bosselures; douleurs de reins très fortes; rapports incessants et nausées; suppression des gaz par l'anüs; langue saburrale, soif vive, pouls plein à 80. Avant mon arrivée, le malade, qui habite le collège Louis-le-Grand, avait prié M. Viglia de vouloir bien se réunir à moi. Malgré les craintes d'un étranglement dans la journée du 9, j'avais espéré jusqu'alors que mon ami avait eu une entéralgie accompagnée d'une paresse de l'intestin. M. Viglia n'hésita pas à se prononcer pour un étranglement, sans pouvoir préciser la nature de l'obstacle, et j'avoue que ce diagnostic s'était imposé à moi dès que j'avais examiné le malade. Cependant les enveloppes de raisin rendues la veille me faisaient espérer qu'il n'y avait pas un obstacle infranchissable, quoiqu'il n'y eût pas émission de gaz.

2x Calomel	0.60
Charbon	0.60
Poudre de noix vomique. . . .	0.10

Divisez en six paquets. — Un paquet d'heure en heure.

Un bain. Un lavement.

A midi, soulagement dans le bain ; mais en ce moment, les douleurs sont aussi fortes que ce matin, et le ballonnement est le même ; borborygmes fréquents, sans émission gazeuse par l'anus ; nausées, rapports inodores, sans matières, soif ardente. Le malade croit remarquer que l'urine n'est pas en rapport avec les boissons prises.

Charbon, lavement avec 30 gr. de miel mercurial. A 5 heures, lavement rendu sans gaz, sans matières ; le malade a pris un peu de bouillon sans avoir envie de vomir. Nausées, état moral excellent, quoique le malade se rende parfaitement compte du danger redouté par ses médecins. Bain, glace. A 11 heures, le bain a soulagé le malade, qui a rendu des vents en grande quantité ; moins de ballonnement.

11 février. La nuit a été moins agitée. Le ventre est relativement souple ; moins de tension, moins de coliques. Borborygmes. Rapports fréquents. Le malade a rendu par l'anus une mucosité sanguinolente. Enduit saburral peu épais. Pouls à 80. Peau fraîche. Le malade est fort tranquille et reste convaincu qu'il n'y a pas étranglement. Du reste, il paraît probable à M. Viglia et à moi qu'en effet, il n'y a rien de semblable. Mais alors, quel devait être le diagnostic ? A 5 heures, je trouve de nouveau du ballonnement et j'apprends que le bain a soulagé le malade, mais qu'il n'y a pas des vents en aussi grande abondance. Toutefois, il y a de temps en temps émission de vents à la suite de légères coliques. Lavement avec 30 gr. de miel mercurial. A 10 heures, le lavement a été rendu sans matières ; mais à 8 heures, le malade a senti le besoin d'aller à la selle et a rendu une grande quantité de mucosités semblables à celles que je vous présente. Ces concrétions muqueuses se sont de suite dissociées dans l'urine et elles se montrent sous la forme de fausses membranes ; quelques-unes ressemblent à des lombrics qui auraient macéré. Le ventre est souple ; pas de ballonnement. Le malade demande à manger.

12 février. La nuit a été excellente. Pas la plus petite coli-

que. Pas de nausées. Rapports moins fréquents. Langue blanche. Un bain. Potages. A trois heures, selle très abondante de matières molles sans la moindre colique.

L'amélioration a progressé chaque jour, et le 16, le malade ne ressentait plus qu'un peu de faiblesse. Les digestions sont excellentes.

Réflexions. — Ce que cette observation présente surtout de remarquable, ce sont surtout les phénomènes d'occlusion intestinale que le malade a présentés, phénomènes qui ont persisté pendant huit jours pour disparaître rapidement après l'expulsion des muco-membranes.

Obs. IV. (Langlet). (1). — Une femme d'un certain âge se présente à la consultation de M. Lucas à Bicêtre, au mois d'août, se disant atteinte de tænia. Depuis plusieurs années, en proie à des phénomènes bizarres, cette malade avait été traitée, tantôt pour une bronchite, tantôt pour un anévrysme. Son corps est couvert de traces de ventouses qui lui furent plusieurs fois appliquées. Depuis trois ans, elle est traitée pour le tænia; elle rend, en effet, depuis cette époque, presque chaque jour, et en allant à la selle, des membranes rubanées d'aspect blanchâtre. A plusieurs reprises, la racine de grenadier et le kousse lui ont été administrés; chaque fois, les membranes blanchâtres ont été rendues plus abondamment; et même pendant une certaine période de temps, elle ne rendait de ces membranes qu'après avoir pris le grenadier et le kousso. Il y a deux ans, elle fut atteinte d'une diarrhée qui dura trois semaines; elle entra à l'hôpital Saint-Louis, où ses matières furent examinées; du grenadier lui fut encore donné et elle rendit de nouveau des fragments membraneux blanchâtres.

L'examen détaillé de tous les organes et de toutes les fonctions fait par M. Lucas permet de constater simplement chez

(1) Langlet. Bull. Soc. anat., 1867.

cette malade des envies fréquentes d'aller à la selle, sans résultat puisque les selles sont quelquefois espacées de huit jours. L'appétit est capricieux ; mais les digestions sont bonnes. Le lait n'est pas supporté. Rien du côté du ventre, si ce n'est quelquefois des douleurs vives dans le flanc droit, occasionnant l'insomnie. D'ailleurs, l'état général est bon, et il n'y a pas d'amaigrissement notable. Les lanières blanchâtres que la malade nous présente et qu'elle a recueillies, à la suite de lavements avec la décoction de racines de grenadier, sont des bandelettes ramassées en boules longues de deux à trois pieds, et même davantage, d'une largeur qui varie entre huit et neuf millimètres ; d'une épaisseur qui varie de un à trois millimètres. En quelques points, leur forme est tubulée. Leur consistance est faible ; au microscope, elles paraissent constituées par des fibrilles peu distinctes, tantôt parallèles, tantôt entrecroisées et entourées d'un nombre considérable de granulations et de cellules épithéliales cylindriques. Il n'a été possible de saisir en aucun point ni vaisseaux, ni villosités. Le traitement institué par M. Lucas a consisté : 1^o dans la suppression de la racine de grenadier ; 2^o un régime doux.

La malade ayant été perdue de vue, il est regrettable qu'on n'ait pas pu suivre la marche de son affection ; mais nous croyons qu'il est possible de conclure, sur ces données, à l'existence chez elle d'une entérite pseudo-membraneuse, entérite essentiellement chronique, à l'entretien de laquelle les médicaments administrés ont bien pu ne pas rester étrangers.

Obs. V. (Laboulbène) (1). — Une dame créole, d'une santé habituellement bonne, dut quitter la Martinique et se rendre en France, après avoir été atteinte d'une dysentérie très grave qui avait mis ses jours en danger, et dont elle ne parvenait point à se rétablir.

L'influence du changement de climat fut des plus heureuses ; l'alimentation, rigoureusement surveillée, permit bientôt aux

(1) Laboulbène, *loc. cit.*

fonctions digestives de reprendre leur énergie ; mais la malade, quoique dans le meilleur état quelques mois après son arrivée en France, avait conservé une sensibilité marquée dans l'arc du côlon. Cette sensation était tantôt sourde, ou, au contraire, tantôt aiguë sans cause appréciable. Il est probable qu'il était resté sur quelque point du côlon une cicatrice imparfaite ou une surface ulcérée plus ou moins étendue et douloureuse. En général, après quelques jours de maladie et après un purgatif doux qui débarrassait l'intestin de matières glaireuses, non sanguinolentes, M^{me} C... était rétablie. Après avoir cependant ressenti des douleurs plus vives et plus prolongées que d'habitude, la malade rendit, en allant à la garde-robe, une concrétion muqueuse gélatiniforme considérable, longue d'un pied et demi au moins, ayant une coloration d'un jaune ambré, transparente, ressemblant beaucoup à de la colle ou à une masse de gélatine molle, allongée et un peu aplatie.

Ces concrétions gélatiniformes renferment, au milieu d'une grande quantité de matière amorphe et transparente, des granulations moléculaires, des cellules d'épithélium cylindrique et des globules purulents et pyoïdes. Je n'ai pas pu reconnaître nettement la présence de la fibrine dans les mucosités que j'ai examinées : faudrait-il attribuer cette absence à l'action des sucs intestinaux sur la fibrine persistante ?

OBS. VI. (Laborde.) (1). — Une de mes clientes, femme de 40 ans, ayant les apparences extérieures d'une santé parfaite, et n'ayant d'ailleurs jamais eu autre chose, comme maladie, que des fièvres intermittentes disparues depuis longtemps, présente à mon observation des phénomènes insolites sur lesquels je désire attirer l'attention des membres de la Société. Cette dame, très hypochondriaque, d'un tempérament nerveux très développé, est sujette à des accidents gastro-intestinaux, caractérisés par des coliques violentes, des épreintes et une constipation opiniâtre et permanente, qui exige journellement l'emploi de lave-

(1) Laborde, *loc. cit.* Bull. Soc. anat., 1868, p. 135.

ments. Les récits qu'elle fait de ses souffrances sont empreints d'une grande exagération et d'une certaine bizarrerie d'expressions et de rapprochements. Elle est convaincue qu'elle est en proie à une véritable légion de vers intestinaux (etc.). La langue est un peu blanche et remarquable par l'hypertrophie des papilles. Appétit modéré, et, somme toute, l'organisme ne paraît pas souffrir dans sa nutrition. Aucun phénomène dysentérique n'a eu lieu ni récemment, ni autrefois ; on ne voit aucun signe de cachexie, rien enfin qui puisse faire naître l'idée d'une lésion organique.

Cependant cette femme rend chaque jour, en allant à la garde-robe, une masse de détritux muqueux, dont j'ai extrait une portion pour la montrer ici. Ces productions se présentent sous la forme de lambeaux ayant 75 centimètres à un mètre de longueur, de couleur blanc grisâtre, translucides, élastique et sans la moindre trace de vascularisation. Examinées au microscope, elles paraissent constituées par quelques cellules épithéliales, et par d'abondants globules de mucus plongés dans une masse de tractus fibrillaires.

Je crois que ce sont là des éléments fibrineux, et je les assimile aux fausses membranes du croup. D'autre part, on ne saurait accepter l'idée de l'existence d'un parasite intestinal, ténia ou bothriocéphale. Jamais la malade n'a rendu le moindre fragment de ver solitaire. M. Davaine, qui a bien voulu examiner ces pièces, m'a dit n'avoir trouvé aucune trace de parasite.

Je me demande alors dans quelle portion de l'intestin ces concrétions se sont formées.

Obs. VII. (Maurice Raynaud). (1). — J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique des fragments rendus par une femme de 60 ans, atteinte d'affection cardiaque, sans que cette femme, à ce moment, ressentit de coliques. Dans les cas de ce genre, et en particulier dans ceux qui font l'objet du mémoire de M. Siredey, les malades avaient presque toujours éprouvé des

(1) Maurice Raynaud. Bull. Soc. anat., 1874.

douleurs très vives, parfois comparables à celles de l'accouchement ; mais sous les autres rapports, tous ces faits sont absolument semblables. L'un des paquets rendus dans le cas actuel, présentait une longueur d'un mètre environ, et aurait pu être confondu avec un tœnia. Il a la forme d'un cylindre creux, mais se termine à ses extrémités par une membrane étalée, comme il est facile de le voir, en examinant la pièce sous l'eau. Son diamètre extérieur est à peu près d'un centimètre, son diamètre intérieur de 5 millimètres environ. Il est constitué par une substance molle, et représente assez bien, dans son ensemble, un tube de macaroni très cuit. Au microscope, on peut constater l'existence de traînées de mucine et de leucocytes en quantité considérable. En fait, c'est du mucus intestinal, concrété sous une forme spéciale ; mais pourquoi cette forme singulière ? On dirait que cette substance a été passée à la filière ; cependant il n'y a chez cette femme aucun signe de rétrécissement de l'intestin et l'on n'expliquerait point par cette hypothèse la disposition canaliculée. Il me semble plus rationnel d'admettre qu'elle résulte de la production d'une couche de mucus à la face interne de l'intestin, et que cette couche de mucus, se détachant ensuite, s'est enroulée en cylindre sous l'influence de mouvements analogues aux mouvements péristaltiques. Mais je me demande encore pourquoi ce cylindre est si étroit.

Obs. VIII. (Dr Bories.) (1). — M. B..., âgé de 60 ans, a toujours joui d'une bonne santé, il est un peu obèse, il a remarqué depuis longtemps, que ses urines étaient chargées d'acide urique. Il y a environ 3 ans qu'il sentit les premiers débuts de la maladie qui le tourmente. Il eut tout d'abord une constipation opiniâtre, qui ne tarda pas à se compliquer de phénomènes très douloureux. Il ressentait alors, surtout dans la région épigastrique, une douleur extrêmement vive, s'irradiant dans une assez large étendue autour de l'ombilic et jusque dans le dos, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Ces symptômes per-

(1) Thèse de Poignard, 1875.

sistèrent longtemps, avec une intensité variable et des rémissions presque complètes. Cependant l'état général ne semblait pas atteint.

La maladie ne tarda pas à faire des progrès, les douleurs devinrent plus atroces, et se compliquèrent de vomissements bilieux, pénibles et fréquents. Les repas, loin d'aggraver ces symptômes, les faisaient disparaître momentanément, et une pression lente, exercée avec les mains sur le ventre, faisait éprouver du soulagement au malade. M. B... constata bientôt que pendant les crises son ventre venait très ballonné, et il avait en même temps des éructations fréquentes, des borborygmes, des gaz. Les liquides ingérés séjournaient longtemps dans l'estomac, ce qui contribuait, avec le tympanisme, à produire un glouglou qui pouvait s'entendre à distance. Tel est l'état dans lequel le malade dut vivre pendant un mois, ne jouissant, que par intervalles, d'un repos de 8 à 15 jours.

Bien des médicaments furent employés sans résultat ; charbon de Belloc, magnésie calcinée, eau de Vichy, de Seltz, opiacés, etc. La maladie s'aggravant toujours, les crises devinrent plus rapprochées, et des accès de vomissement venant compliquer la situation, firent craindre pour les jours du malade, qui, de son côté, s'affectait beaucoup. A cette époque, M. B... commença à remarquer dans ses selles des débris de pseudo-membranes blanchâtres, de formes et de longueurs variées. La constipation n'a jamais disparu. Cet état d'angoisse, impossible à décrire, dura plusieurs mois, puis vint une amélioration notable. Le malade se crut même définitivement guéri.

Mais il y a environ un an, les mêmes accidents reparurent subitement ; ils étaient toujours caractérisés par des douleurs atroces, des vomissements incessants, des rapports, des borborygmes, etc.

Depuis, les accès se reproduisent très fréquemment, et pendant deux mois ont paru venir régulièrement le soir. Voici en quoi consistent les accès :

Le malade, tranquille depuis quelques jours, commence à se sentir des douleurs dans la région épigastrique. Bientôt sur-

viennent du météorisme, des borborygmes, des éructations, des gaz, etc. Cet état de choses dure plusieurs heures et même un jour entier; puis les douleurs deviennent plus vives et la face se grippe; cependant les sclérotiques ne sont pas jaunes, il n'y a pas de fièvre, la peau est fraîche, le pouls normal. Enfin des vomissements brusques apparaissent tout à coup. Le malade rend alors, après des selles provoquées par des lavements, des lambeaux membraneux en quantité parfois énorme et, aussitôt après l'expulsion de ces matières, il ressent un grand soulagement, il est guéri, et reprend sa vie habituelle.

Jusqu'ici toutes les médications ont été infructueuses, et les opiacés eux-mêmes n'ont jamais pu calmer les douleurs. Les purgatifs n'ont pas encore été essayés comme traitement méthodique.

Les fausses membranes expulsées par le malade étaient blanchâtres, grisâtres, colloïdes, devenaient plus tenaces dans l'alcool, et présentaient des formes variées.

M. Lereboullet, qui examina avec beaucoup de soin ces productions pseudo-membraneuses, les trouva composées de mucus concret, englobant des cellules épithéliales cylindriques, gonflées, volumineuses, physaliformes. A ces agglomérations de mucus et d'épithélium se trouvaient mêlés des débris alimentaires et des concrétions jaunâtres, ne se colorant pas en bleu par la teinture d'iode, mais ressemblant, par leurs apparences extérieures, à des corpuscules d'amidon. Ces concrétions ne renfermaient aucune trace de fibrine, aucun débris de fibres connectives ou élastiques.

Obs. IX. (Findley). (1). — Miss E, V..., femme de couleur, 21 ans, tomba malade au commencement de l'année 1874; c'était une affection obscure de l'intestin. Miss E. V... n'a jamais joui d'une bonne santé et paraît peu développée pour son âge.

Après avoir ressenti une douleur vive au niveau de l'estomac,

(1) Findley, *loc. cit.* Americ. Journ. of medic. sc., 1875, et thèse Gourdon, 1875.

et après 2 ou 3 jours de ténésme anal, elle expulsa un paquet de fausses membranes de 9 pouces de longueur. Cette excitation fut bientôt suivie d'une hémorrhagie subite et profuse. Depuis, elle a rendu peu de ces membranes spéciales, mais elle se plaint souvent d'une douleur vive dans la moitié gauche de l'abdomen. Une toux opiniâtre la fatiguait beaucoup. Les digestions étaient difficiles, et, bientôt, avec la fièvre hectique, survinrent des sueurs nocturnes. Je vis pour la première fois la malade après un séjour de deux mois au lit; je la trouvai avec un abcès mammaire, que j'ouvris. La malade est toujours constipée; langue large, sale; époques menstruelles normales, pas d'écoulement accéléré. Douleur du côté gauche de l'abdomen, non exagérée par la pression. L'ingestion de certains aliments amène des coliques; l'intestin est paresseux. Après une attaque douloureuse, mis E, V... devient nerveuse, irritable, et tombe dans un abattement profond.

Poudre Dower pour calmer les douleurs. Bismuth, sulfate de quinine, sinapismes, iodure de fer. Peu de légumes et de fruits, lait en abondance.

L'amélioration fut très marquée, et la convalescence rapide. Il n'y a pas eu de rechute.

Un remède très utile, c'est de badigeonner 2 fois par jour, l'abdomen avec de l'huile de foie de morue.

Obs. X. (Blondeau). (1). — Une femme âgée de 40 ans, entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Horteloup, dont j'étais alors l'interne, le 11 janvier 1850. Elle fut couchée au n° 6 de la salle Sainte-Anne.

Depuis l'âge de dix-sept ans, elle était sujette à des douleurs d'estomac, survenant surtout au moment de la digestion, qui s'opérait péniblement. A ces douleurs s'en ajoutaient d'autres, occupant la tête, la région abdominale, et qui augmentaient aux époques menstruelles. Celles-ci, toutefois, arrivaient réguliè-

(1) Bull. de la Soc. anat., 1857, p. 165.

ment, bien que le flux ait toujours été peu abondant. Elle était habituellement constipée.

Au mois de septembre 1856, après s'être exposée à un refroidissement en trempant ses mains dans l'eau fraîche, son corps étant en transpiration, elle fut prise d'un rhume assez fort ; cependant elle continua de travailler, bien qu'elle éprouvât une grande faiblesse allant quelquefois jusqu'à la syncope.

Les accidents augmentant, elle alla consulter M. Horteloup, qui ne constata que cette aepsie, cette faiblesse générale accusée par la malade, et qui conseilla des vomitifs, des purgatifs répétés qui ne modifièrent en rien la situation.

Enfin cette femme vient à l'hôpital.

Elle accusait les mêmes accidents : faiblesse générale, douleurs vagues, erratiques, particulièrement dans les jambes. Elle était d'ailleurs sans fièvre. Ce qui la tourmentait par-dessus toute chose, était un enchifrènement de la muqueuse nasale, qui ne nous présentait ni écoulement extraordinaire, ni rougeur, ni rien de notable, et qui, du reste, était moins douloureux que pénible, en raison de la gêne qu'il apportait à la respiration, à l'émission des sons et aux sensations olfactives.

Elle séjournait depuis quelque temps dans nos salles, lorsqu'un jour elle dit avoir rendu par l'anus des matières qui ressemblaient à des débris de vers. Pour éclairer son diagnostic, M. Horteloup prescrivit 60 grammes de kouso ; mais les garde-robes n'ayant point été conservées, nous ne pûmes juger le résultat de cette médication.

Cependant, quelques jours après, ses déjections nous ayant été présentées, nous reconnûmes l'existence de ces matières rubanées de différentes longueurs, dont quelques-unes avaient jusqu'à 4 centimètres environ. A la vue, nous crûmes pouvoir les comparer à de véritables fausses membranes. A la même époque, la malade se plaignait toujours de douleurs à la région hypogastrique ; on fit appliquer, loco dolenti, un vésicatoire volant. Nous étions en pleine constitution érysipélateuse. Le lendemain de l'application des cantharides, la peau, au pourtour de la plaie, était envahie par l'érisypèle, et bientôt sa surface dénudée

se couvrit d'une couche blanche pseudo-membraneuse dont le centre devait être une eschare gangréneuse.

Le malade souffrait beaucoup de cette plaie, mais son état général semblait s'améliorer; l'atonie, la faiblesse cédaient sensiblement; on se borna à combattre l'état local par des applications de poudre de quinquina, auquel il fallut promptement renoncer, eu égard aux douleurs qui paraissaient augmenter. On se contenta de panser avec du cérat; la malade étant d'ailleurs soumise depuis longtemps à l'usage des toniques, prenait chaque jour 100 grammes de vin de quinquina et de tisanes amères.

Les exsudations couenneuses du vésicatoire disparurent après quelques semaines; l'eschare se détacha, l'ulcération qu'elle laissait à sa place se cicatrisa; mais, lorsque la malade, en assez bon état, quitta l'hôpital, quatre mois après son entrée, le 11 mai, la surface dénudée de la peau n'était pas encore entièrement recouverte d'épiderme.

Les garde-robes ne présentèrent d'ailleurs que la seule fois dont j'ai parlé, les exsudations sur lesquelles j'ai voulu plus spécialement attirer votre attention.

DEUXIÈME DIVISION. — Dans un second ordre de faits, nous classerons les observations dans lesquelles la constipation et les accidents qui les accompagnent sont le résultat d'une parésie intestinale, chez les vieillards, ou après une compression permanente du rectum exercée par une tumeur abdominale, les déviations utérines. Nous y placerons aussi une observation de Findley, dans laquelle la constipation semble s'être produite sous l'influence d'une inflammation utérine, chez une femme atteinte de dysménorrhée.

OBS. XI. (de Courval) (1). — Résumée. Il s'agit d'une femme de 55 ans, n'ayant plus ses règles depuis dix ans. Tempérament lymphatico-nerveux. Une seule grossesse, il y a 22 ans. Autrefois, excellente santé. Traitée depuis 10 ans, à Paris pour une inflammation d'intestins et une dysurie, par la magnésie et le carbonate de soude. En novembre 1865, elle a été opérée par l'auteur d'un énorme polype en chou-fleur qui remplissait le vagin.

Le 15 novembre, 10 jours après l'opération, en dépit des tentatives soutenues d'alimentation et des divers toniques administrés, la malade restait dans un état de faiblesse douloureuse très marquée, avec des signes de métrite qui guérit au bout de quelques jours, par l'emploi des moyens ordinaires. Mais les douleurs abdominales persistaient. De plus, l'haleine de la malade avait une odeur fétide, presque fécale; elle accusait une sensation de brûlure dans l'intestin, s'accompagnant de dysurie et paraissant coïncider avec l'arrivée des résidus alimentaires dans les derniers départements intestinaux. Ces crises se manifestaient, en effet, dans les 6 à 8 heures après les repas, et avec une intensité proportionnelle à l'importance solide de ceux-ci, et la constipation opiniâtre était à peine vaincue par quelques lavements. Les selles examinées étaient jaunâtres, remplies de glaires filantes; de plus, tous les deux ou trois jours, expulsion de paquets de pseudo-membranes épaisses, les unes en fragments étalés, les autres en lanières vermicellées, mais courtes. La malade attestait d'ailleurs que, depuis longtemps, elle rendait des peaux.

Suppression du vin et des toniques. Lait, potage, tisane légère de graine de lin additionnée de 4 grammes de borax par litre.

De plus, M. de Courval a essayé le nitrate d'argent. Dans ce but, il fit donner, deux jours de suite, 1/4 de lavement contenant 0,25 centig. d'azotate d'argent lunaire dissous à l'aide de bromure de potassium dans l'eau albumineuse.

(1) Union méd., 1869, p. 481.

Le deuxième lavement détermina la mobilisation et l'expulsion, à l'aide d'un lavement simple, d'une coque membrani-forme, cylindrique, creuse, de couleur acajou, qui, sur une longueur de 8 cent., représentait la forme bosselée du gros intestin.

Un mieux marqué se produisit, et, le 4 novembre, la malade était déjà moins faible.

La mauve, administrée dans les premiers temps, ne produisit pas de grands effets : de même du borax qui s'accumule et irrite sans profit, du chlorate de soude, du charbon de peuplier, et de la graine de lin en nature.

Le chlorate de potasse, au contraire, pris durant 5 à 6 jours de suite, à 5 reprises différentes en 2 mois, à la dose de 5 gr. par jour, a toujours régularisé les garde-robes, en diminuant d'une façon très marquée les glaires qui enveloppaient d'ordinaire les matières fécales et les rubans pseudo-membraneux qui en suivaient parfois l'expulsion.

Le 8 mars, la malade était à peu près remise.

Obs. XII. (Lereboullet) (1). — M^{me} B., âgée de 28 ans, d'une constitution très délicate, d'un tempérament lymphatique et nerveux, avait été atteinte, à la suite d'un deuxième accouchement, d'une phlegmasie péri-utérine ayant déterminé une rétroflexion sans lésion du col. Cette déviation de l'utérus avait provoqué, par suite d'une compression permanente, l'atonie de l'extrémité inférieure du tube intestinal ; il en résultait une constipation opiniâtre, accompagnée d'efforts pénibles et souvent infructueux pour aller à la selle. La malade ressentait des douleurs sourdes dans la région iliaque gauche et était en proie à une dyspepsie continuelle et à des accès de gastro-entéralgie. Le 2 mai 1873, après une constipation qui durait depuis trois jours, M^{me} B... est atteinte des accidents suivants : des douleurs très vives se font sentir dans l'abdomen et en particulier dans la fosse iliaque gauche, le ventre est ballonné ; des coliques, du

(1) Lereboullet. Th. de Poignard. 1875.

ténésme, des épreintes très fréquentes torturent la malade ; sans cesse elle essaie en vain d'aller à la garde-robe ; l'administration des lavements purgatifs et l'absorption d'une forte dose d'huile de ricin ne produisirent aucune selle. M. Lereboullet prescrivit alors 1 gr. de calomel et 1 gr. 50 de poudre de jalap, à prendre en trois fois. Ces purgatifs produisent enfin des selles abondantes, demi-solides, évacuées après des efforts douloureux et causant à leur suite un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région abdominale inférieure. La malade a trois selles abondantes dans le courant de la journée du 3 mai. Le ventre, qui auparavant était ballonné, se rétracte ; les parois abdominales, très amaigries, permettent une exploration très complète. On ne constate aucune tumeur, aucun empâtement intra-abdominal. Dans la nuit, les selles sont liquides, sanguinolentes et accompagnées de l'expulsion de débris pseudo-membraneux, blanchâtres, rubanés, très longs, très cohérents. Le liquide, au milieu duquel se trouvent ces productions, renferme une quantité très abondante de matières glaireuses coagulées. Quatre ou cinq selles ont eu lieu pendant la nuit. La malade, interrogée, déclare avoir observé des « peaux » analogues dans ses matières, que plusieurs fois elle s'était cru atteinte de dysentérie, mais qu'elle n'avait pas attaché grande importance à ces accidents qui disparaissaient spontanément au bout de cinq à six jours. Dans la journée du lendemain, les douleurs persistent ; la malade n'a qu'une selle dont les matières sont noirâtres, demi-cohérentes, tapissées de mucus concret, glaireux, et de fausses membranes analogues à celles qui avaient été rendues pendant la nuit. Dans la soirée suivante, une fièvre très ardente, accompagnée de subdelirium, de sueurs abondantes et d'une extrême débilité. Dans la nuit, éclatent plusieurs frissons, la malade a de la fièvre, du délire, des vomissements, et rend, par l'anus, à deux ou trois reprises, un peu de sang, toujours mélangé à de fausses membranes. Traitement : potions calmantes, cataplasmes laudanisés, etc.

Le lendemain, la fièvre tombe, l'état général s'améliore, mais les douleurs entéralgiques persistent pendant plusieurs jours,

et, jusqu'au 10 mai, les selles demi-liquides, provoquées journellement par des lavements, renferment des débris membraneux et du mucus épais en quantité assez abondante. A partir de ce moment, M. Lereboullet veille avec le plus grand soin sur l'état des fonctions digestives et prescrit à la malade un traitement reconstituant auquel elle est soumise ; à ce traitement il ajoute l'usage continu de purgatifs. Cette médication purgative ayant été interrompue trois ou quatre fois, le médecin vit se reproduire des accidents analogues aux précédents, bien que plus légers. Très intelligente et comprenant fort bien son état, la malade déclare que les « peaux » reparaissent dans ses excréments toutes les fois que le cours des matières a été interrompu pendant 48 heures ; le ballonnement se reproduit alors et les douleurs d'entéralgie qu'elle éprouve encore souvent, reviennent avec plus d'intensité. M. Lereboullet a examiné plusieurs fois au microscope les débris pseudo-membraneux évacués par les selles, et n'y a trouvé que du mucus concret, avec des cellules épithéliales cylindriques, gonflées et volumineuses ; il n'existe aucune trace de fibrine, aucune fibre connective ou élastique. M^{me} B... n'a aucun antécédent de dysentérie ou de tuberculose. M. Lereboullet n'a pu admettre non plus l'existence d'érosions herpétiques de la muqueuse intestinale. Il a supposé que, par un mécanisme analogue à celui que Virchow a considéré à tort comme pouvant déterminer les ulcérations dysentériques, les scybales retenus dans l'intestin ont pu produire l'ulcération de la muqueuse, d'où résorption des produits septiques, et fièvre secondaire,

Obs. XIII (Findley).— Mrs H. G., femme de couleur, âgée de 40 ans, mère de huit enfants, avait joui d'une bonne santé jusqu'en avril 1867. Au mois d'octobre 1867, elle fit, au dire de la malade, une fausse couche qui, d'après Findley, serait plutôt un accès de dysménorrhée membraneuse. A la suite de cette attaque, elle fut en proie à la fièvre hectique et traitée par le mercure

(1) Findley, *loc. cit.* Th. de Gourdon.

jusqu'à salivation abondante. Pendant le traitement, elle se plaignit, pour la première fois, de douleurs dans l'abdomen et commença à trouver dans les garde-robes de longs filaments d'une substance blanche ressemblant à la tunique interne de l'intestin.

La constipation était opiniâtre. Les proches de la malade disent qu'elle a eu deux ou trois attaques d'hystérie. L'appétit était capricieux, les digestions difficiles et pénibles. Chaque époque menstruelle était douloureuse. La malade a accusé une douleur brûlante au côté gauche de l'abdomen, douleur plus vive quelques jours avant l'écoulement menstruel, qui s'accompagnait de l'expulsion par le vagin d'une quantité de membranes. Findley la vit pour la première fois en avril 1868. Elle était alitée et incapable de se lever. Fièvre hectique, ganglions cervicaux du côté gauche engorgé, ganglions bronchiques très développés; anorexie, constipation et écoulement leucorrhéique très fétide avec expulsion d'une certaine quantité de lambeaux membraneux de forme particulière.

Au toucher, col en prolapsus, boursoufflé, ramolli, hypertrophié et entr'ouvert au point de permettre l'introduction du doigt. Au spéculum, surface ovale d'un rouge vif, ayant l'orifice du col pour centre. Celui-ci est ouvert et fendillé au pourtour avec une ulcération étendue et déchiquetée, allant du col jusque dans la cavité.

Application de nitrate d'argent et badigeonnage du col avec une solution de parties égales d'iode et de glycérine, répétés tous les trois, six ou dix jours. Au quatrième mois, l'ulcération disparut. Le col revint peu à peu à son état normal; l'ouverture reprit sa forme et son calibre ordinaires.

Pendant ce temps, l'affection intestinale continua, mais, par la combinaison de médicaments appropriés, elle fut combattue avec succès. A cette époque, après une nuit passée dans les douleurs les plus aiguës que les anodins ne purent pas calmer, elle rendit, après des épreintes incessantes, un cordon membraneux d'un pied de longueur. Les garde-robes suivantes renfermèrent une grande quantité de fragments plus petits. Les paroxysmes

étaient précédés de constipation, de coliques et digestions difficiles. Les accès revenaient parfois tous les quinze jours. Ils devinrent peu à peu moins fatigants, moins fréquents, et finalement la malade se rétablit après dix mois de traitement. Ce dernier fut dirigé contre la scrofule, cause première de la maladie. Findley donna de la liqueur de Fowler, de l'extrait fluide de belladone, la teinture composée de quinquina. Il surveilla le régime d'une façon spéciale et prescrivit de la tisane froide de sauge pour diminuer les transpirations hectiques. Dans les premiers jours, la malade ne pouvait pas se lever; trois semaines après, elle était sur pied, et, aussitôt que cela fut possible, elle put se promener au grand air et au soleil. Dans le cours de la maladie, on combattit la constipation à l'aide de lavements simples. Après six mois d'un traitement suivi, la malade était complètement guérie.

Obs. XIV (Huchard) (1). — La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 50 ans environ, anémique, lymphatique, affectée habituellement de constipation opiniâtre par le fait de son anémie, et, peut-être aussi, d'une petite tumeur fibreuse siégeant à la partie postérieure de l'utérus et comprimant ainsi l'intestin. Il y a trois semaines, elle me fit appeler pour une diarrhée toute particulière dont elle était atteinte après une longue constipation et qui consistait dans de fréquents besoins d'aller à la garde-robe et dans le rejet seulement de quelques matières liquides. Les choses allèrent de ce train pendant dix ou douze jours; aucune amélioration n'était survenue, malgré la médication employée (sous-nitrate de bismuth, diascordium, thériaque à l'intérieur, lavements amidonnés et laudanisés), quand elle rendit un jour, sans douleur, une masse assez considérable de petits cordons blancs entrelacés, d'une apparence blanc grisâtre, grosse dans son ensemble comme un œuf de pigeon. Déroulés, ces cordons multiples mesuraient, les uns 30 centimètres, les autres 40 centimètres de longueur. Nul doute pour elle qu'elle

(1) Huchard, *loc cit.* France méd., 1879.

n'eût le tænia. Mais, dès que j'eus examiné ces fragments, que je vous présente aujourd'hui, je me suis convaincu qu'il s'agissait d'un de ces cas de concrétions muqueuses, membraniformes, bien étudiées dans ces derniers temps, surtout par M. Siredey, qui en a fait le sujet d'une communication très intéressante à la Société médicale des hôpitaux en 1868. Ces cordons déroulés représentaient bien de loin l'apparence grossière d'un tænia; mais, outre qu'ils n'étaient pas divisés en anneaux, ils offraient à leur périphérie des filaments nombreux que l'on voyait très bien flotter sous l'eau; ils étaient creux, d'un diamètre extérieur égal à 8 millimètres, et d'un diamètre intérieur de 3 à 4 millimètres; ils ressemblaient à un tube de macaroni cuit.

Quoique je n'eusse aucun doute sur la nature de ces produits, je les fis examiner au microscope par M. Rémy, et voici le résumé de la note qu'il eut l'obligeance de m'adresser. « Ces concrétions sont constituées par un réseau de filaments blanchâtres de différents calibres, molles, mais résistantes à la traction; d'un blanc gris dans l'eau, elles deviennent plus blanches à l'alcool. Les filaments présentent au microscope une substance fondamentale, striée longitudinalement. L'addition d'acide nitrique ne change pas cet état. Il s'agit donc de mucus, car la fibrine serait devenue homogène. Dans cette masse fondamentale, on voit des leucocytes, quelques globules sanguins, des cellules cylindriques en petit nombre et déformées et quelques gouttelettes de graisse. » En résumé, cet examen confirme tout à fait la description que je trouve dans le *Traité des Humeurs* de M. Ch. Robin, et il s'agit bien certainement de concrétions muqueuses de l'intestin. Les jours suivants, la malade rendit des quantités considérables de matières semblables, et il est à remarquer que cette expulsion était toujours suivie, chez elle, d'un certain bien-être. Elle éprouvait seulement quelques douleurs abdominales peu intenses. Au bout de huit jours, à la suite d'un purgatif léger, ces concrétions disparurent complètement, et, à l'heure actuelle, la malade ne se plaint plus que d'un peu de constipation.

TROISIÈME DIVISION. — Enfin, dans une troisième classe, nous placerons les observations dans lesquelles on ne retrouve aucune lésion organique qui puisse causer la lésion intestinale. C'est dans ces cas que, bien qu'on n'ait pas de lésion anatomique, on peut dire que la multiplicité des troubles morbides, leurs nombreuses transformations et leur mobilité, leur marche irrégulière, caractérisée par des accès subits et des rémissions complètes, plaident assez en faveur d'un trouble de l'innervation qui donnerait lieu à la constipation et, par suite, à la formation des muco-membranes. Or, ces phénomènes s'observent chez les hystériques et les hypochondriaques, en un mot chez les sujets névropathiques : c'est donc cette catégorie de malades que comprendra notre troisième division.

Obs. XV (Christian) (1). — M^{me} F..., âgée de 40 ans, assez bien réglée et d'un tempérament nerveux très irritable, éprouvait depuis cinq ans un sentiment de malaise, une soif continuelle, et un dégoût pour toute espèce d'aliments, même les plus recherchés. Elle était fréquemment tourmentée par des vomissements de matières mucoso-salivaires, et sujette à une constipation habituelle et opiniâtre. Plusieurs traitements furent essayés, parmi lesquels avaient figuré tour à tour les purgatifs, les toniques et les applications de sangsues. Le 26 janvier 1854, je fus appelé auprès de cette dame. Elle était en proie à des vomissements violents, que rien ne pouvait arrêter, accompagnés d'une humeur muqueuse d'une couleur légèrement jaunâtre, avec des douleurs très vives à l'épigastre, surtout à l'hypochondre gauche. La face est pâle, la soif ardente, le pouls petit, serré et très fréquent. La peau est sèche, la chaleur âcre et brûlante à la région épigastrique, l'abdomen volumineux et offrant plusieurs duretés sensibles au toucher, particulièrement au bas-fond de l'estomac

(1) *Loc cit.* Mém. de méd. milit., 1835.

Izoard.

et à la région pylorique; l'excrétion des urines, fréquente et accompagnée de cuissons; aucune selle n'avait eu lieu depuis trois jours. J'ai cru qu'il s'agissait d'une gastro-entérite aiguë entée sur une gastro-entérite chronique. Saignée de 16 onces, eau gommeuse pour boisson et lavement émollient. Le soir, aucun soulagement. 30 sangsues à l'épigastre, deux lavements émollients. Point de selle. Le 28, mêmes symptômes, mais la soif est plus ardente, la langue est sèche et âpre, avec beaucoup d'anxiété. Saignée de 10 onces le matin, 30 sangsues le soir; même boisson, 2 lavements huileux, point de selle.

Le 29, les vomissements ont cédé en grande partie, la soif est moins ardente, la langue commence à s'humecter, le pouls est moins fréquent, les douleurs à l'épigastre sont plus supportables. Même boisson, fermentation émolliente sur le ventre, 4 lavements huileux, seulement les deux derniers rendus sans aucune matière fécale.

Le 30, les douleurs ont redoublé, sans cause apparente. 30 sangsues à l'épigastre, mêmes boissons, mêmes lavements; peu de soulagement.

Le 31, septième jour de la maladie, bain général, une once d'huile de ricin suspendue au milieu d'un mucilage de gomme arabique dans une émulsion d'amandes à prendre en quatre fois. A minuit, coliques très aiguës, suivies de selles abondantes, accompagnées d'une matière liquide et jaunâtre, au milieu de laquelle on remarque un grand nombre de lambeaux membraneux, de forme irrégulière, d'un ou plusieurs pouces de largeur et d'une ligne d'épaisseur, d'une couleur blanchâtre, semblable à celle de la gélatine. Ces lambeaux sont très friables et présentent d'un côté un grand nombre de petites excavations très fines, et, de l'autre, une surface lisse et jaunâtre. Leur consistance est supérieure à celle de la gélatine; on ne pourrait mieux les comparer qu'à des couches de colle de poisson à moitié refroidie. L'expulsion de cette masse organique est accompagnée d'un soulagement remarquable.

Le jour suivant, 1^{er} février, les douleurs sont moins intenses, la langue est humide, le pouls moins fréquent; émulsion d'a-

mandes opiacée, fomentations émollientes sur l'abdomen ; lavements émollients.

Le 2, mêmes moyens, redoublement des douleurs. Le soir, colique très aiguë et nouvelle évacuation d'un grand nombre de lambeaux membraneux, parmi lesquels on en remarque un ayant plus de cinq pouces carrés de surface et de deux lignes d'épaisseur (presque le double des autres), d'une couleur blanchâtre des deux côtés, n'offrant point de teinte jaunâtre.

Le 3, mêmes moyens ; bain général ; nouvelle évacuation semblable aux autres, toujours précédée de fortes coliques. Le poids total de ces lambeaux et débris pseudo-membraneux a été évalué à plus de cinq livres, et l'étendue de leur surface, telle qu'elle devait couvrir celle de l'estomac et la plus grande partie du tube intestinal. On conçoit facilement que la surface lisse jaunâtre, reconnaissant la bile comme cause de sa couleur, devait être libre dans les intestins, et que l'autre surface blanchâtre offrant de petites excavations devait être collée sur les follicules de la membrane muqueuse. Il est facile de s'imaginer le degré de sensibilité de la muqueuse intestinale après le décollement de cette production organique ; cependant la diète absolue, l'usage de potions gommeuses, des émulsions, des lavements émollients et d'un grand bain tous les deux ou trois jours ont suffi pour mettre notre malade en état de convalescence au bout de quinze jours. Elle jouit maintenant d'une santé parfaite, l'appétit est bon et la digestion facile.

Obs. XVI (M. Potain) (1). — J'ai l'honneur de présenter à la Société des lambeaux de matières mucoso-gélatiniformes expulsées par l'intestin pendant la défécation.

Cette substance, rejetée sous forme de lanières, a une grande ressemblance avec un ténia, mais en diffère considérablement à un examen approfondi. Elle a été retrouvée dans les matières fécales d'une jeune fille de 17 ans, épileptique depuis deux ans. C'est dans l'intervalle des attaques d'épilepsie que l'intestin se

(1) Bull. Soc. anat., 1857, p. 163.

débarrasse de cette production, mais alors la malade se trouve dans un état d'excitation nerveuse tout spécial. Cette matière qui, au moment de son émission, ne présente pas une apparence pseudo-membraneuse aussi marquée que lorsqu'elle a été conservée quelque temps dans l'alcool, a surtout l'air de mucus concrété. Elle est rendue sous forme de bandes de 30 à 40 centimètres de longueur, blanchâtres, molles, ne se dissociant pas dans l'eau et ne ressemblant pas aux fausses membranes de la diphthérie. A l'examen microscopique, on n'y voit que des cellules d'épithélium plus ou moins déformées et des globules de mucus.

Obs. XVII (Perroud) (1). — M^{lle} Marie C..., 30 ans, lingère à Lyon, d'un tempérament lymphatique nerveux, n'a jamais été malade; mais, depuis quatre ans environ, elle est tourmentée par des troubles nerveux divers. Tristesse continuelle, fréquentes envies de pleurer, amour de la solitude; à ces accidents se joignent bientôt des vomissements aqueux et inodores très abondants et plus ou moins fréquents; ces vomissements s'accompagnent d'un sentiment de malaise plutôt que de douleur à l'épigastre.

Depuis deux ans, la malade a de temps en temps de la rétention d'urine et est obligée de recourir au cathétérisme de l'urèthre; la vessie n'est pas paralysée, ainsi que le prouve la projection urinaire après l'introduction de la sonde; la muqueuse vésicale est très sensible au contact de l'instrument, mais elle n'est pas enflammée, ainsi que le démontrent l'état des urines, l'absence des douleurs hypogastriques et différents autres signes de la cystite.

De temps à autre, boules hystériques. La malade a eu quelques rares crises convulsives caractérisées par des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, sans douleur ni perte de connaissance. Douleurs passagères, mais quelquefois violentes en différents points du corps, surtout dans le côté gauche. Ces douleurs finissent par se localiser plus spécialement dans la paroi antérieure de l'abdomen. La malade dit elle-même qu'elle les

(1) *Loc. cit.* Journ. méd. Lyon, 1864.

ressent superficiellement ; on les réveille, du reste, dans toute leur intensité en touchant assez légèrement les parois abdominales pour que la compression exercée sur elles ne se transmette pas aux organes sous-jacents. On emploie, contre ces douleurs, quelques séances de faradisation. Quelques heures après la quatrième séance, la malade éprouve sur le trajet du gros intestin des douleurs déchirantes très vives, qu'elle compare à la sensation que donne l'arrachement brutal d'un vésicatoire cutané ; à la suite de ces épreintes, elle rend, par les selles, une grande quantité de matières blanchâtres, colloïdes, qui s'étalent dans l'eau sous forme de tubes cylindriques, dont les parois, d'un volume uniforme, sont affaissées sur elles-mêmes, et qui mesurent 15 à 20 centimètres de long sur 3 centimètres de large ; ces tubes ne sont pas ramifiés et ont une consistance gélatineuse.

Pendant deux semaines, Marie C... rendit tous les jours deux verrées à peu près de ces matières muqueuses, membraniformes, toujours sans traces de matières fécales, et, à la suite des mêmes douleurs déchirantes sur le trajet du gros intestin, elle avait néanmoins, tous les deux jours environ, des selles ordinaires, mais jamais elles ne contenaient de produits muqueux.

Obs. XVIII (même auteur). — M^{me} A..., 33 ans, a un tempérament sec et nerveux et souffre depuis longtemps d'un état névropathique de forme changeante et très variée. Depuis quelques mois, les accidents se sont localisés du côté du ventre ; la malade éprouve dans l'abdomen de vives douleurs, comme si des animaux lui rongeaient les intestins ; elle n'a pas de fièvre ; la pression abdominale souvent n'exaspère pas les souffrances. Tendance à la mélancolie, dyspepsie, vomissements aqueux, pâleur des téguments. Tous les moyens étant restés inefficaces, on administre un peu empiriquement une dose de kousso ; à la suite de ce vermifuge, la malade rend, par les selles, une certaine quantité de matières blanchâtres, qui, placées dans un vase rempli d'eau, se déplient en rubans aplatis de 1 centimètre de largeur sur 10 à 25 centimètres de longueur. Ces matières, qui,

à un examen superficiel, pouvaient être prises pour des débris de vers rubanaires, me présentèrent la composition chimique et anatomique des productions muqueuses membraniformes de l'intestin. La malade, après quelques jours de soulagement, fut de nouveau la proie de ses accidents nerveux, et prit encore du kousso, mais cette fois sans amélioration dans son état et sans rendre des selles muqueuses.

Obs. XIX (même auteur). — M^{lle} F..., âgée de 37 ans, a un tempérament nerveux; cette personne souffre d'accidents névropathiques très divers; elle est irritable, a de fréquentes palpitations, sans lésion organique du cœur, et éprouve en différents points du corps, mais surtout dans le côté gauche, des douleurs souvent très vives, mais passagères. Pas de fièvre, pas de boules hystérique, pas de convulsions. L'abdomen est souvent le siège de vives douleurs; les digestions sont lentes et la constipation habituelle. Depuis dix-huit mois, la malade rend de temps en temps par les selles de longs filaments blanchâtres, de la grosseur d'une plume à écrire, et qu'elle prenait dans le début pour des vers. Ces produits pathologiques sont toujours rendus sans matière fécales, et presque toujours à la suite de lavements simples que M^{lle} F... prend pour calmer ses douleurs abdominales: ce sont ces concrétions muqueuses auxquelles j'ai trouvé les caractères du mucus.

Obs. XX (même auteur). — M^{lle} R..., âgée de 40 ans, a un tempérament lymphatique sanguin, une forte constitution et n'a jamais été malade. Depuis un mois, elle souffre d'une entéralgie, caractérisée par de vives douleurs apyrétiques, siégeant surtout dans la fosse iliaque gauche et revenant par accès. Le ventre est souple et indolent, même à la pression; en dehors des attaques douloureuses, les digestions sont peu troublées; il y a seulement un peu de constipation: Après un de ses accès entéralgiques, la malade rendit spontanément par en bas un paquet gélatineux, formé par l'enroulement sur eux-mêmes de plusieurs

cordons cylindriques de 10 à 20 centimètres de long, non ramifiés, et formés d'une matière colloïde blanchâtre, qu'il nous fut facile de reconnaître pour des produits muqueux membraniformes. De pareilles selles se renouvelèrent plusieurs fois en dehors des selles excrémentitielles, et sans contenir de matières fécales.

Obs. XXI (même auteur). — M^{me} G..., d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une constitution moyenne, n'a jamais été très névropathique. Cette dame eut, après un accouchement naturel, des abcès dans le sein droit et des suites de couches très compliquées : fièvre, menaces de péritonite, état adynamique; ces accidents étaient conjurés, quand apparurent des accès fébriles intermittents, à tendance pernicieuse, qui nécessitèrent l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 4 gramme dans les vingt-quatre heures; le médicament est administré en partie en potions et en lavements; on a soin de faire précéder le lavement médicamenteux d'un lavement simple, qui détermine une selle fécale naturelle.

Dans un jour d'apyrexie, la malade rendit, sans coliques, spontanément et sans diarrhée, une masse blanchâtre qu'elle prit pour des vers, et qui, examinée plus soigneusement et déroulée dans un vase plein d'eau, apparut formée très manifestement par de la matière aqueuse concrète, roulée en cylindres grisâtres de la grosseur d'une plume à écrire, de 1 à plusieurs décimètres de long, sans ramifications. Ces selles muqueuses ne se répétèrent que deux fois, quoiqu'un ou deux accès soient survenus depuis, et que l'on ait continué l'usage du sulfate de quinine quelques jours encore.

Obs. XXII (même auteur). — M^{me} B..., âgée de 40 ans, d'un tempérament nerveux très prononcé, souffre depuis longtemps d'un état névropathique qui a revêtu les formes les plus diverses : ce sont actuellement des douleurs peu aiguës, mais localisées tantôt vers un organe, tantôt vers un autre; c'est de la tristesse avec une préoccupation continuelle de son état de santé. Depuis

plusieurs mois, les digestions sont devenues paresseuses, la malade a un peu de constipation ; elle rendit un jour, sans fièvre et sans diarrhée, une masse d'un blanc grisâtre dont on nous envoya une partie. Cette matière, étendue d'une certaine quantité d'eau, se sépara en un certain nombre de débris membraneux dont quelques-uns avaient 10 à 12 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large ; ces produits présentaient les caractères du mucus. Nous avons appris que ces selles muqueuses s'étaient renouvelées assez souvent.

Obs. XXIII (Le Bret) (1). — Une dame de 30 ans, mère d'un enfant, bien réglée, d'un tempérament lymphatico-nerveux, très impressionnable avec tendance à l'hystérie, est affectée depuis quatre années d'un eczéma intense du pourtour des oreilles, lequel s'étend sur le cuir chevelu et au-devant du visage. De pareilles éruptions se montrent au podex et se propagent souvent, particulièrement à l'approche des époques menstruelles, jusque dans la vulve, où elles déterminent un prurit intolérable. En même temps il y a issue, par les efforts de défécation, de véritables paquets de fausses membranes, rejetées en abondance avec la matière des selles consistantes, sous l'aspect de gros tubes gélatineux, pelotonnés, de coloration grisâtre, comme il m'a été permis de le constater à plusieurs reprises. Les moyens les plus rationnels ont été employés sans succès contre ces affections. L'état général serait satisfaisant, si la persistance de l'eczéma et des incommodités dont il vient d'être parlé ne jetaient M^{me} L... dans un découragement fâcheux.

Une cure à Barèges en 1860 (32 bains, 2 verres d'eau sulfureuse par jour, purgations) est suivie des plus heureux résultats. Cette dame, revue vers le printemps suivant, n'a eu que des traces eczémateuses dans le sillon postérieur des oreilles ; elle assure que la même amélioration s'est produite et maintenue dans les autres sièges de la maladie. Contrairement à ce qui était

(1) Ann. de dermatol., 1869, p. 204.

arrivé l'année précédente, le traitement n'amène aucune recrudescence de l'eczéma.

J'ai revu M^{me} Z... à différentes époques depuis lors, et j'ai toujours eu la confirmation de son rétablissement. Toutefois, il y a deux ans, elle a dû subir une opération chirurgicale motivée par une fistule à l'anus.

Obs. XXIV (Le Bret) (1). M^{lle} H..., appartenant à une condition sociale élevée, âgée de 22 ans, brune, d'un tempérament lymphatico-nerveux, avec toutes les apparences d'une constitution florissante, mais manifestement hystérique, bien réglée, est sujette à rendre par les selles des tronçons de fausses membranes, sous forme de tuyaux fragmentés, gélatineux, parfois mêlés à des grumeaux d'aspect purulent, les matières alvines étant le plus souvent moulées et de nature louable. En même temps, à son arrivée à Barrèges, peut-être sous l'influence du voyage, on trouve la muqueuse de l'arrière-gorge envahie par une éruption miliaire; de petits follicules acuminés, jaunâtres, se détachent sur la coloration rouge foncé de la muqueuse qui tapisse le voile du palais, les piliers et le pharynx. Cette dernière affection, qui n'a jamais été signalée au médecin traitant, paraîtrait-il, se répète avec une certaine fréquence, et me semble reliée très particulièrement à l'excrétion anormale de la muqueuse de l'intestin. Il résulte de la note qui m'a été remise que M^{lle} H... a été atteinte huit mois auparavant, étant à la campagne, d'une entérite assez rebelle. Rentrée en ville, au commencement de l'hiver, et en étant encore souffrante, elle essaye sans succès d'un traitement homœopathique. Lorsqu'on se décida à des conseils éclairés, M^{lle} H... avait maigri, se décolorait, manquait d'appétit, éprouvait un malaise général au bas-ventre, accusant par moments des douleurs plus ou moins vives au sacrum, lesquelles descendaient en ceinture et se perdaient aux aines. Il existait alternativement de la constipation et de la diarrhée. Les matières fécales sont signalées alors comme étant enveloppées

(1) *Loc. cit.*
Izoard,

de fausses membranes et environnées d'une certaine quantité de pus. A des intervalles de six à huit jours, on y constatait même du pus en nature et en assez grande quantité (3 à 4 cuillérées mêlées aux matières). Les jours où devait se produire cet accident, les douleurs du bas-ventre, du sacrum et des aînes, semblaient portés au maximum. Il existait aussi une grande irritation du côté de la vessie, des envies d'uriner répétées, des urines fréquentes. En présence de ces symptômes, des consultants distingués ont cru à la présence probable d'une collection purulente en quelque point du gros intestin ou du bassin. Toutefois, sans qu'on ait eu recours à une médication très active, la maladie s'est bien améliorée, les accidents ont diminué au point qu'on ne trouve plus de dépôt purulent dans les selles, que par intervalles, et une cure de Barèges a été prescrite.

Mlle H... prend 28 bains de la source Damers, 2 verres du Tambour par jour, et des lavements au $1/4$, $1/3$, $1/2$ de cette même eau du Tambour.

Dans la première quinzaine du traitement, il y a une diminution graduelle, puis disparition des fausses membranes et du pus dans les selles qui revenaient régulièrement, chaque jour, compactes, et souvent bien moulées. Une crise menstruelle a ramené les douleurs nerveuses, plutôt généralisées toutefois que localisées en un point quelconque. Ultérieurement, le mieux a reparu, les selles étaient très naturelles et l'état général évidemment reconstitué. Plus de trace de pharyngite.

Mlle H... s'est mariée l'année suivante entièrement guérie.

Obs. XXV. (Van Valzah) (1). Miss, âgée de 40 ans, a été réglée à 15 ans, suppression momentanée de ses règles, suivie de dysménorrhée qui dura longtemps. A l'âge de 18 ans, gonflement des ganglions lymphatiques du cou. A la suite d'un effort, elle fut prise dans le dos d'une douleur intense qui amena une syncope.

Durant l'année 1851-52, elle fut sujette à des coliques bilieu-

(1) *Loc. cit.* Th. de Gourdon, 1875.

ses, elle se plaignit également de quelques douleurs névralgiques. En 1857, sa vue devint faible et resta telle pendant six ou sept ans. On crut alors à une affection nerveuse. En 1864, Miss, à la suite d'une fatigue légère, éprouva de la dyspnée, et cette difficulté à respirer se présenta à plusieurs reprises différentes pendant le printemps suivant. En juin, elle eut une nouvelle crise qui mit ses jours en danger. Cette attaque était purement nerveuse, car il n'y avait pas de maladie antérieure du poumon, et, au moment de l'attaque, il n'y avait de lésions ni du parenchyme, ni des bronches. Ces crises, qui duraient depuis environ deux heures, devinrent de moins en moins fortes, de plus en plus rares, et disparurent au bout de deux années.

En 1868, bronchite intense, hyperesthésie cutanée, digestions difficiles. On constata aussi un resserrement considérable de la peau à la partie supérieure du corps, comprenant les bras, la tête et le cou. Les muscles et les os étaient si serrés que leurs contours se dessinaient parfaitement; la peau du devant de l'estomac devint tendue, la déglutition douloureuse, les mouvements de la tête en avant et en arrière étaient limités, et, quand elle voulait saluer ou se baisser, elle ressentait de la douleur dans le cuir chevelu. La peau était bleuâtre et rigide, sans rides; impossible de la pincer. Il n'y avait cependant pas grand trouble de la santé générale. Cet état se prolongea presque durant une année, avec des alternatives de bien et de mal et cessa graduellement.

Pendant l'été de 1869, le pouls devint rapide et la malade éprouva constamment de la lassitude. L'appétit était assez bon, mais les digestions restaient difficiles. Au printemps de 1870, amélioration sensible, ses forces augmentaient, ainsi que le poids de son corps. En février 1871, nouvelle bronchite, mais, ce qui affligeait le plus la malade, c'étaient des douleurs névralgiques de la face, de la tympanite avec douleurs abdominales non localisées. Au mois d'août, douleur plus vive, limitée à 3 cent. au dessous de l'ombilic, douleur lancinante, déchirante, que révélait le moindre attouchement. Ces crises précédaient toujours les règles. La tympanite disparut au mois de mai, mais

le point douloureux situé au-dessous de l'ombilic persista. En juin, les selles devinrent muco-sanguinolentes et fétides.

La dernière semaine d'août, elle fut prise de diarrhée qui dura trois semaines et qui amena un grand trouble de la santé générale.

Au milieu de septembre, elle eut une crise plus violente que les précédentes ; les douleurs lancinantes, partant de l'ombilic et s'iradiant dans le dos, s'accompagnaient de nausées et de vomissements. Cependant l'appétit allait en diminuant, et elle avait toujours la diarrhée.

Le 4 octobre, les douleurs abdominales ont commencé vers 8 heures du matin, suivies toujours de nausées et de vomissements, avec besoin impérieux d'aller à la garde-robe, mais, dans les efforts d'expulsion, la malade tombait en syncope. A midi, hémorrhagie intestinale abondante, qui est revenue deux fois dans une heure. Elle rendit ainsi un litre environ de sang noirâtre et très fétide. Quoique très faible, elle se refit peu à peu, et au bout d'une semaine, elle se trouvait déjà mieux.

Le 11, douleurs abdominales aiguës avec des nausées. Elle rendit ce jour-là et les jours suivants, par l'anus, une grande quantité de matières muqueuses molles, ressemblant à du blanc d'œuf. A ces garde-robes succédaient des matières noirâtres et peu abondantes. Pendant cinq semaines, tous les lundis, elle rendit de ces matières, et leur expulsion était précédée de douleurs vives et de nausées, qui ne cessèrent qu'avec les selles caractéristiques.

Dans les périodes de calme, la malade se sentait faible, des frissons parcouraient tout son corps, surtout le matin.

Durant les crises, on constate une accélération notable du pouls et une augmentation sensible de la température.

En décembre, grande amélioration ; appétit variable ; digestions relativement bonnes, garde-robes naturelles.

La malade prenait une bonne nourriture, faisait usage de toniques et de préparations opiacées. On avait également prescrit du bismuth et du tanin, des pilules de nitrate d'argent et de la térébenthine : de temps à autre, application de teinture d'iode sur

les points douloureux de l'abdomen. A l'exception du neutral mixture, l'effet des autres médicaments est nul.

Au commencement de janvier 1872, perte d'appétit, fréquence plus grande des nausées ; la tête était lourde, les gencives enflammées. Cela dura trois semaines. Mais bientôt l'hypéresthésie des membres fut de plus en plus marquée, et une éruption se montra sur les jambes, les pieds et les bras. C'étaient des tâches de couleur rouge clair, sans saillie extérieure manifeste, dont les dimensions variaient entre une tête d'épingle et une pièce de 0,50 centimes. Cette éruption qui dura plusieurs semaines était très sensible au toucher.

Janvier 1873. Crise qui augmente graduellement et qui, lorsqu'elle atteint son paroxysme, fut atroce. Les douleurs s'accompagnant de vomissements et d'un sentiment de constriction très pénible autour du cœur, partaient du dos, de l'ombilic, et s'irradiaient dans presque tout le corps. La malade fut soulagée par des injections hypodermiques de morphine. La faiblesse était très grande ; tout ce que prenait la patiente était vomé peu après. Peu à peu pourtant, ces symptômes s'amendèrent.

Durant les quatre jours qui suivirent l'attaque, il n'y eut pas d'évacuations intestinales. Mais le cinquième jour, elle rendit avec les garde-robes, *certaine quantité de matières membraneuses, ressemblant à du macaroni très cuit ou à des fragments de tænia*. Ces membranes, en partie enroulées, d'un blanc homogène, assez consistantes, élastiques, n'ont pas été examinées. Elles n'étaient pas solubles dans l'eau froide, mais elles l'étaient presque entièrement dans l'eau à 70° F, les concrétions membrani-formes ont continué à être expulsées tous les deux jours, pendant deux semaines. La malade rendait en même temps des matières dures, serrées, couvertes de mucosités. Une amélioration notable eut lieu pendant un mois.

En mars nouvelle attaque, presque semblable à celle de janvier, mais les douleurs ne furent pas si violentes, et les membranes expulsées en plus petite quantité et moins consistantes. L'urine était très peu colorée et peu abondante. Ce ne fut que cinq

semaines après qu'eut lieu une troisième crise moins forte que la seconde.

Les garde-robes, dans l'intervalle des attaques, étaient presque normales. La troisième attaque fut suivie d'une très grande amélioration. Depuis lors, tous les deux mois environ, elle est atteinte de coliques intestinales précédées de frissons, de douleurs névralgiques dans les extrémités, avec hyperesthésie de la muqueuse buccale, myalgie oculaire, et suivies de l'expulsion d'un mucus plus ou moins concret, peu mêlé aux matières fécales.

A mesure que le chiffre des crises s'élève, les *concrétions membraneuses* deviennent de plus en plus ténues et moins abondantes.

Dans l'intervalle des attaques, les évacuations sont normales, l'appétit est bon, mais les digestions sont difficiles ; la température est normale et le pouls oscille entre 80 et 90. Les menstrues viennent maintenant d'une manière régulière, mais depuis deux ans elle a une leucorrhée avec ulcérations du col, qui ont cédé à un traitement local. Enfin, depuis plusieurs mois, la malade va de mieux en mieux.

Obs. XXVI (Findley). — Mme D G..., 43 ans, vint me consulter pour des ballonnements d'estomac et des sensations qui lui faisaient croire qu'elle était enceinte, et que son enfant remuait.

Arrivée à l'époque de la ménopause, elle n'a pas eu d'enfant depuis dix ans. Elle croit cependant avoir eu une fausse couche il y a deux ans, et depuis, elle a eu des règles douloureuses avec des métrorrhagies abondantes de temps à autre.

Trois mois après, convaincue qu'elle n'était pas enceinte, et les troubles abdominaux augmentant toujours, elle se plaça sous mes soins. Elle se plaignait d'une douleur vive, particulière dans le côté gauche de l'abdomen. Cette douleur constante s'accompagnait parfois de coliques violentes, d'épreintes. Elle est hystéro-épileptique, et d'un tempérament nerveux et lymphatique. Je la trouvai plusieurs fois dans un état comateux.

Elle commença par rendre des fausses membranes de dysménorrhée, et, quelques jours après, elle expulsa par l'anus des

fausses membranes qui paraissaient mieux organisées qu'elles ne le sont ordinairement. Les paroxysmes s'annonçaient par des symptômes de dyspepsie, qui persistaient pendant la durée des règles et qui déclinaient ensuite rapidement. Point de scrofule, attaques peu fréquentes en dehors des époques menstruelles. Ayant rejeté l'idée d'une grossesse extra-utérine, je dis à la malade que l'affection dont elle était atteinte, quoique persistante, n'était pas sans espoir de guérison.

Je commençai aussitôt le traitement qui, grâce aux soins les plus minutieux, fut suivi, au bout d'une année, d'une guérison complète (bismuth, fer, quelquefois strychnine, mais le plus souvent liqueur de Fowler dans du quinquina ou du houblon).

On surveilla constamment la nourriture et on promena la malade au grand air et au soleil. Les lavements et les injections vaginales à l'eau froide, firent disparaître la constipation persistante et diminuèrent la sensibilité utérine.

Réflexions. — Outre l'hystéro-épilepsie, cette malade présente ceci de particulier, que l'expulsion des matières gélatiniformes fut précédée d'une dysménorrhée pseudo-membraneuse. Ce fait peut être rapproché de l'observation XIII du même auteur.

CONCLUSIONS.

On donne le nom d'entérite muco-membraneuse à une affection caractérisée par la présence dans les selles de matières mucilagineuses concrets.

Ces matières affectent les formes les plus variées, qu'on peut ramener à trois types : membraneux, amorphe et mucilagino-gélatineux.

La muqueuse intestinale sur laquelle elles se forment est intacte.

Elles sont presque exclusivement composées de mucus et ne contiennent pas de fibrine.

Les symptômes qui accompagnent leur expulsion sont tantôt légers, tantôt graves, et peuvent aller jusqu'à simuler une occlusion intestinale.

C'est toujours dans le cours d'une constipation opiniâtre qu'on les observe.

Cette constipation, accompagnée d'expulsion par l'anus de muco-membranes, se voit :

- 1° Dans des conditions physiologiques ;
- 2° Dans des cas d'atonie de l'intestin, produite par un âge avancé ou une tumeur de l'abdomen ; ou bien encore dans les cas d'altération d'un organe voisin ;
- 3° Chez des sujets névropathiques.

Certaines maladies inflammatoires présentent des fausses membranes analogues.

Il importe de ne pas les confondre avec elles.

Ces dernières contiennent toutes de la fibrine.

On ne doit pas non plus les confondre avec des fragments de vers intestinaux, des hydatides, des débris de muqueuse, etc.

Le mucus concrété à la surface de l'intestin pendant les périodes prolongées d'immobilité de cet organe, à la suite de la constipation, est ensuite enlevé, et comme râclé par les matières fécales durcies au moment de leur passage.

Le diagnostic, difficile avant l'expulsion des muco-membranes, devient facile, une fois cette expulsion produite. Il doit être fait à l'aide du microscope.

Le pronostic est variable.

L'indication des purgatifs est formelle ; mais employer le moins possible les évacuants actifs et surtout les excitants ; se contenter, en général, de remèdes désobstruants et de grandes irrigations rectales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- FERNEL. — *Pathol.*, lib. VI, cap. 9, p. 157, 1638. Trad. Paris, 1660.
- VAN SWIETEN. — *Diarrhœa febrilis*, t. II, p. 374.
- MORGAGNI. — 31^e lettre sur les flux du ventre.
- HOFFMANN (J.-Maurice). — *Dissertatio di Bradypepsia*. Hall., 1704.
- POWEL. — On certain painful affections of the intestinal canal. In *Medic. transact. of College of Physic. in London*, t. VI, p. 106 et 155, 1820.
- GOOD. — *Study of med.* London, 1825.
- CHRISTIAN. — *Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 1835, t. XXXVII, p. 297.
- COPLAND. — *A dictionary of pract. med.*, vol. II, p. 579, 1835.
- ROCHE et SAMSON. — *Nouveaux élém. de pathol. méd. chirurg.*, 4^e édit., 1844, t. I, p. 511.
- BILLARD. — *Traité des maladies des enfants*, 1833, 2^e édition, p. 399.
- VALLEIX. — *Clinique des maladies des enfants*, 1838, p. 276.
- *Compendium de méd. prat.*, 1837, t. V, p. 399.
- GENDRIN. — *Traité philosophique de méd. prat.*, 1841, t. III, p. 22.
- ANDRAL. — *Précis d'anat. pathol.*, t. II, p. 161.
- CLEMENS. — *Journal für Kinderkrankheiten*, seft. 1 et 2, 1860, et *Gaz. hebdom.*, t. VII, p. 247.
- GRISOLLE. — *Pathol. méd.*, t. II, p. 727, 8^e édit., 1862.
- WANNEBROUCQ. — *Journ. de méd. du Nord*, 1863, et *Congrès de Lille*, 1874, p. 694.
- WORMS. — *Bull. Soc. anat.*, mars 1863, p. 117.

- PERROUD. — Note sur les concrétions membraneuses des intestins. Journ. de méd. de Lyon, 1864, p. 166.
- WILLIAMS. Chronic croup of the intestin. Dublin quart. Journ., nov. 1864.
- LANGLET. — Bull. Soc. anat., janvier 1867, p. 14.
- LABORDE. — Bull. Soc. anat., février 1868, p. 135.
- GUYOT (Jules). — Bull. Soc. méd. des hôpit., 1868, p. 51.
- MERLAND DE CHAILLÉ. — Note pour servir à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. Union médicale, 18 juin 1868, t. I, p. 909.
- SIREDEY. — Note pour servir à l'étude des concrétions muqueuses membraniformes. Bull. Soc. méd. hôp., 11 décembre 1868, p. 66.
- DE COURVAL. — Union méd., 30 mars 1869, n° 37, p. 481.
- LE BRET. — Ann. de dermatol., 1869, t. I, p. 204.
- BARRIER. — Traité prat. des mal. de l'enf., t. II, p. 36, 3^e édit., 1862.
- RILLET et BARTHEZ. — Traité clin. et prat. des mal. des enf. t. I, p. 676, 1853.
- HEYFELDER. — Enteritis exsudatoria. Studien in Gebiete der Heilwissenschaft, etc., p. 173.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anat. path. gén., 1862, t. IV, p. 451.
- HAYN. — Ueber die Bildung häutiger Massen in Darmkanal Hufeland's Journ., 1843, t. II, p. 87.
- GRAVES. — Clinique méd., 2^e édit., t. II, p. 326, 1863.
- PIGNÉ. — Bull. Soc. anat., 1845, p. 45.
- GRANTHAN'S. — Facts in med. and surgery.
- BROCA. — Bull. Soc. anat., 1854, p. 60.
- POTAIN. — Bull. Soc. anat., 1857, p. 163.
- LIONEL BEALE. — Microscop. of med.
- TROUSSEAU. — Leçons sur les dyspepsies. Union méd. du 27 juin 1857, p. 314.
- LABOULBÈNE. — Recherches cliniques et anatomiques sur les pseudo-membranes, 1861, p. 99, 145 et 146.
- VILLERMÉ. — Dictionn. des sc. méd., 1819, t. XXXII, p. 261.
- BJORNSTROM. — D'un infarctus intestinal extraordin. Anal. in Canstalt's Jarhesb. Bd. II, p. 33, 1869.

- KLEBS. — Hand der pathol. anatom., 2^e livr., 1869, p. 241.
WHITHEAD. — Mucous diseases. Brit. med. Journ., Febr. 11 et 18, 1871.
DA COSTA. — Enteritis membranous. In The Americ. Journ. of med. sc., oct. 1871.
VAN VALZAH. — Entéritis membranous. In The Americ. Journ. of med. sc., juillet 1873.
MAURICE RAYNAUD. — Bull. Soc. anat., 20 mars 1874, p. 250.
FINDLEY. — Entéritis membranous. Americ. Journ. of med. sc., janvier 1875.
GOURDON. — De l'entérite pseudo-membraneuse. Th. de Paris, 1875.
POIGNARD. — Des concrétions muqueuses, membraniformes de l'intestin. Th. de Paris, 1875.
LEREBOULLET. — De quelques accidents dus à la constipation. Gaz. hebdomadaire, 1875, nos 32 et 33.
HUCHARD. — Note sur un cas de concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. France médicale, 1879, p. 34.
GERMAIN SÉE. — Des dyspepsies gastro-intestinales, 1881, p. 225.
VILLEMIN. — Dict. encyclop. des sc. méd., t. XIX, p. 732, art. *Constipation*.
MARTINEAU. — Dict. méd. et chir. prat., t. IX, p. 128, art. *Constipation*.
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — De l'articulation du coude.

Physiologie. — Du toucher.

Physique. — Conductibilité des corps par la chaleur, application à l'hygiène.

Chimie. — De la potasse, de la soude et de la lithine; leur préparation; leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des arachnides; leur division; des araignées et des scorpions. Quels sont les arachnides qui habitent le corps de l'homme?

Pathologie externe. — De la pourriture d'hôpital et de son traitement.

Pathologie interne. — De la maladie désignée sous le nom de goître exophtalmique.

Pathologie générale. — De l'influence des causes morales dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des hydatides du foie.

Médecine opératoire. — De la résection du genou et de ses indications.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par saccharolées ? Comment les divise-t-on ? Des gelées, des pâtes, des tablettes, des pastilles et des saccharures.

Thérapeutique. — Des injections médicamenteuses sous-cutanées.

Hygiène. — Des vêtements.

Médecine légale. — Caractères distinctifs des taches de sperme d'avec celles que l'on peut confondre avec elles.

Accouchements. — De l'hydramnios.

Vu par le président de la thèse, Vu, bon et permis d'imprimer,
POTAIN. Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

